DES

GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES

ANCIENNES

DANS LEURS RAPPORTS AVEC LES

GROSSESSES UTÉRINES

SUBSÉQUENTES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE SAMEDI 27 OCTOBRE 1883, A 3 HEURES DE L'APRÈS-MIDI

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par Joseph SCHUHL

De Westhausen (Bas-Rhin)

INTERNE DES HOPITAUX

Lauréat de la Faculté de Médecine de Nancy (Mention très honorable au Concours du Prix de l'Internat, dit *Prix Bénit*, 1882-1883).



NANCY

IMPRIMERIE POLYTECHNIQUE DE N. COLLIN

Rue du Crosne, 5

—

1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES ❊.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C ❊.

Professeurs honoraires : MM. BACH ❊, CAILLIOT ❊, STOLTZ C ❊, SIMONIN ❊.

Médecine légale	M. TOURDES, ❊ professeur.	
Thérapeutique	M. COZE ❊, professeur.	
Histologie	M. MOREL ❊, professeur.	
Clinique interne	M. V. PARISOT ❊, profess.	
Clinique obstétricale et accouchements	M. HERRGOTT ❊, profess.	MM. ROUSSEL ❊ et E. PARISOT, prof. adj.
Pathologie générale et Pathologie interne	M. HECHT, professeur.	M. DEMANGE ❊, prof. adj.
Physiologie	M. BEAUNIS ❊, professeur.	
Anatomie et Physiologie pathologiques	M. FELTZ ❊, professeur.	
Chimie médicale et Toxicologie	M. RITTER, professeur.	
Clinique interne	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe	M. GROSS, professeur.	
Physique	M. CHARPENTIER, profess.	
Anatomie générale, descriptive et topographique	M. LALLEMENT, professeur.	
Hygiène	M. POINCARÉ ❊, professeur.	
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Pathologie externe	M. HEYDENREICH, professeur	M. BÉCHET, prof. adjoint.
Botanique et Histoire naturelle médicale	M. N..., professeur.	
Clinique externe	M. N..., professeur.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

M. SCHLAGDENHAUFFEN.	MM. SPILLMANN. E. DEMANGE.	MM. A. HERRGOTT. GARNIER.	M. WEISS.

M. BONNET, Secrétaire.

Examinateurs de la Thèse :

M. HERRGOTT, *président ;* MM. POINCARÉ, ROUSSEL, SPILLMANN.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES SŒURS

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR HERRGOTT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNHEIM

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. HERRGOTT

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE NANCY

AVANT-PROPOS

Les grossesses extra-utérines peuvent être divisées, quant à leur évolution, en deux périodes bien distinctes.

La 1re période, qui comprend l'état de la femme depuis le moment de la conception jusqu'à la mort du fœtus, période plus communément dénommée par les auteurs *grossesse-extra-utérine récente*, peut se terminer différemment, suivant que l'accoucheur intervient ou n'intervient pas. Dans le premier cas, l'extraction du produit extra-utérin effectuée, la grossesse est complétement terminée. Au contraire, si l'accoucheur n'intervient pas, le fœtus ne tarde pas à succomber, et la grossesse entre alors dans la deuxième période.

Cette 2e période, période de *grossesse extra-utérine ancienne*, comprend la durée de la rétention du produit extra-utérin depuis le moment de sa mort.

Cette grossesse extra-utérine ancienne peut persister pendant des années, sans déterminer aucun accident ; d'autres

fois, au contraire, des accidents inflammatoires se développent, efforts de la nature pour se débarrasser du corps étranger retenu dans la cavité abdominale. Pendant cette deuxième période, une nouvelle conception peut s'effectuer, ainsi que de nombreuses observations en font foi.

Ayant eu la bonne fortune d'observer un cas semblable pendant notre année d'internat à la Maternité de Nancy, dans le service de M. le professeur Herrgott, nous avons pensé qu'il serait intéressant de relater soigneusement ce fait, que nous avons pu étudier complétement, et de rechercher dans les annales de la science les observations analogues, de les grouper, de les analyser, et d'étudier les *grossesses extra-utérines anciennes dans leurs rapports avec les grossesses utérines subséquentes*.

Une nouvelle conception est-elle *toujours* possible, après la mort du fœtus extra-utérin ?

La grossesse subit-elle une influence fâcheuse de la part du kyste fœtal ?

Ce dernier modifie-t-il la marche régulière de l'accouchement ?

La puerpéralité en est-elle troublée ?

Telles sont les questions que nous nous proposons d'examiner. Puis, d'après l'ensemble des observations que nous

avons colligées, nous verrons quelles sont, pour la mère et pour l'enfant de la nouvelle conception, les conséquences d'un pareil état ; et, enfin quelles sont les indications thérapeutiques qui peuvent surgir, aux différentes périodes des grossesses postérieures.

Mais, avant d'aller plus loin, nous tenons à adresser à notre maître, M. le professeur Herrgott, l'expression de notre profonde reconnaissance pour les savants conseils qu'il nous a prodigués, pour la bienveillance avec laquelle il a mis à notre disposition les ressources de sa bibliothèque, et surtout pour l'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant le cours de nos études.

Nous exprimons aussi notre vive gratitude à M. le professeur agrégé A. Herrgott, qui nous a guidé dans notre travail.

Que M. le docteur Remy, chef de clinique, reçoive nos sincères remerciements pour l'empressement avec lequel il nous a aidé dans notre tâche.

Nous tenons aussi à ne pas oublier notre ami Hagen, qui a mis gracieusement à notre disposition ses connaissances de la langue anglaise.

HISTORIQUE

La première observation authentique que nous ayons pu trouver de grossesse intra-utérine survenue pendant une grossesse extra-utérine ancienne, date de 1720. C'est le cas du lithopédion de Leinzell, décrit par Orth (1), et qui a été relaté l'année suivante dans l'Histoire de l'Académie royale des sciences (2).

On avait publié, déjà bien auparavant, des exemples de grossesses survenues chez des femmes qui portaient depuis plusieurs années un fœtus « dans la cavité utérine ». Ces observations ont fait, dans ces derniers temps, l'objet de travaux très-remarquables. Les auteurs qui les ont étudiées ne sont pas d'accord sur leur nature : les uns, comme Müller (3), les considèrent comme des cas de grossesses extra-utérines, compliquées de grossesses intra utérines postérieures ; d'autres, au contraire, comme Villard (4), admettent qu'il s'agit de rétentions indéfiniment prolongées de fœtus morts dans la

---

(1) Orth, *Dissert. inaug. med. de fœtu* 46 *annorum*, *Tubingæ* 1720.

(2) Voir plus loin Obs. XIX, p. 30.

(3) E. Müller, *De la grossesse utérine prolongée indéfiniment* (Thèse, Nancy 1877).

(4) Villard, *De la rétention du fœtus mort dans l'utérus après le temps normal de la grossesse* (Thèse, Paris 1878).

cavité utérine, et que ces rétentions n'ont pas été un obstacle à la production d'une nouvelle grossesse.

Comme ces observations ont trouvé des interprétations variées, nous avons pensé que nous ne pouvions pas, sans nous exposer à de graves objections, les passer complétement sous silence ; toutefois, nous nous contenterons de citer les principales d'entre elles, non sans faire de sérieuses réserves.

Depuis la publication de l'observation de Leinzell, presque tous les auteurs qui se sont occupés de la grossesse extra-utérine, ont relaté ce cas curieux et quelques autres faits semblables de date plus récente ; ils se sont appuyés sur eux pour montrer la possibilité d'une grossesse malgré la présence d'un kyste fœtal dans l'organisme féminin.

Dans ces derniers temps, depuis que l'étude des grossesses extra-utérines a fait l'objet de mémoires importants, depuis que le nombre des observations est devenu considérable, l'attention des accoucheurs s'est portée un peu plus sérieusement sur la question qui nous occupe ; et l'on voit déjà De Smet (1), en 1868, s'occuper de l'obstacle que la tumeur fœtale dans les grossesses extra-utérines anciennes peut opposer aux accouchements ultérieurs.

Barnes (2), en 1869, consacre quelques pages à la même étude ; il conseille, dans le cas où une femme porteur d'un kyste fœtal redeviendrait enceinte, d'appliquer le traitement qu'il indique à propos des tumeurs ovariques compliquant la grossesse.

---

(1) *Des grossesses extra-utérines*, Bruxelles 1868.

(2) *Leçons sur les opér. obst.*, traduites sur la 2e édition par Cordes, Paris 1873. — *Traité clinique des maladies des femmes,* trad. par Cordes, Paris 1876.

Enfin, plus récemment encore, Parry (1), en 1876, dans un travail très remarquable sur la grossesse extra-utérine, traite la question qui nous occupe d'une façon déjà plus complète : outre la relation de quelques observations intéressantes, on trouve dans son mémoire quelques indications sur le traitement à suivre dans le cas où la tumeur fœtale ferait obstacle à l'accouchement.

---

(1) John S. Parry, *Extra-utérine Pregnancy*, Philadelphia, 1876.

MARCHE DE LA GROSSESSE UTÉRINE

COMPLIQUÉE DE

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE ANCIENNE

1. Influence des grossesses extra-utérines anciennes sur les conceptions subséquentes.

Pour que la conception soit possible, les organes génitaux de la femme doivent remplir certaines conditions; il faut : 1° qu'il y ait ovulation, 2° que les spermatozoïdes trouvent une voie qui leur permette d'arriver jusqu'au contact de l'ovule.

Les observations que nous citerons dans notre travail démontrent suffisamment que ces conditions peuvent être remplies pendant le cours des grossesses extra-utérines anciennes. En effet, sur 55 femmes chez lesquelles s'était produite une grossesse extra utérine (1), 36 sont redevenues une fois enceintes pendant la durée de la rétention du kyste fœtal; dans 11 cas, il y a eu 2 nouvelles conceptions; 4 fois, il s'est produit 3 grossesses postérieures; 2 fois, la femme a encore conçu à 4 reprises différentes; dans 1 observation, on relate 5 nouvelles grossesses; et dans une autre, 6 grossesses pendant la rétention du produit extra-utérin.

Mais les conditions nécessaires à la fécondation existent-elles *toujours?* La grossesse extra-utérine peut-elle mettre

(1) Sur les 58 observations réunies dans ce travail, nous avons dû en retrancher 3 (Obs. XXXIX, XL et L) dans lesquelles l'existence de la grossesse extra-utérine est douteuse.

obstacle à une nouvelle conception ? C'est ce que nous avons à examiner.

Et d'abord, parlons de l'ovulation. Si nous admettons qu'il y a ovulation lorsqu'il y a menstruation, nous pouvons dire que le plus souvent la fonction ovarique se rétablit peu de temps après la mort du fœtus extra-utérin. Dans les observations que nous avons trouvées et dans lesquelles l'époque du retour de la menstruation est signalée, nous avons pu constater que le plus souvent l'écoulement menstruel est revenu six semaines à deux mois environ après la mort du fœtus. Mais très fréquemment aussi, soit que le kyste fœtal ait déterminé des accidents inflammatoires, soit même sans qu'aucun phénomène pathologique ait été signalé, les règles ne sont plus revenues pendant plusieurs mois, pendant des années, ou même n'ont plus reparu du tout, malgré l'âge peu avancé de la femme. Un exemple curieux à cet égard est relaté par Morand (1); c'est l'histoire de l'enfant de Joigny, qui est resté pendant trente-un ans dans le ventre de sa mère; les règles n'ont plus apparu, la sécrétion lactée aurait persisté pendant tout ce temps. La femme mourut de pneumonie à l'âge de soixante-un ans.

Cependant qui dit suppression des règles ne dit pas toujours absence d'ovulation : on connaît aujourd'hui trop de cas de grossesses survenues chez des femmes qui n'avaient jamais été réglées, pour qu'on puisse affirmer que la fonction ovarique soit invariablement liée à la menstruation (2). Il n'est, par conséquent, pas impossible qu'une femme conçoive pendant le cours d'une grossesse extra-utérine ancienne, malgré l'absence des règles.

---

(1) *Mémoires de l'Acad. royale des Sciences*, 1748, p. 108.

(2) A. Petit, *Annales de gynécologie*, mars à août 1883.

Lorsque l'ovule a été mis en liberté, la présence de spermatozoïdes est nécessaire pour qu'il soit fécondé. C'est sur l'ovaire, ou au plus bas dans le tiers externe de la trompe, que la rencontre de l'ovule et du spermatozoïde s'effectue habituellement. Or, si par un moyen quelconque la grossesse extra-utérine a porté atteinte à l'intégrité des voies par lesquelles le spermatozoïde doit arriver jusqu'à l'ovule, la fécondation sera rendue difficile, ou sera impossible. Si la présence du produit de conception extra-utérin a modifié la situation normale de l'utérus, si elle a placé cet organe en rétroversion, en latéro-version, etc., la conception sera rendue difficile. Les exemples de déplacements de l'utérus sous l'influence du kyste fœtal ne sont pas très rares. On en trouve un dans le mémoire de Hecker (1) sur la grossesse extra-utérine, où il raconte que l'utérus avait été déplacé par le kyste fœtal qu'on pouvait sentir dans le cul-de-sac antérieur du vagin. C'est probablement en s'appuyant sur l'existence de ce déplacement qu'il répondit à la femme qui l'interrogeait sur la possibilité d'une nouvelle grossesse, que probablement elle ne redeviendrait plus enceinte; il a constaté, aussi longtemps qu'il put avoir des nouvelles de cette femme, que ses prédictions avaient été exactes.

Si l'utérus est dans sa situation normale, supposons que l'une des trompes soit obstruée par un kyste fœtal ancien : le spermatozoïde ne pourra devenir fécondant qu'en s'engageant par la trompe restée perméable, et les chances d'une nouvelle conception seront naturellement diminuées.

Qu'enfin les deux trompes soient obstruées par suite de deux grossesses extra-utérines successives (obs. IV), on comprend que la fécondation devienne impossible.

---

(1) *Monatschrift für Geburtskunde*, tome XIII, 1859, p. 108, obs. II.

2. Influence des grossesses extra-utérines anciennes sur les grossesses utérines subséquentes.

Le titre de notre sujet indique que notre but est d'étudier spécialement les grossesses intra-utérines survenues pendant la rétention du kyste fœtal. Cependant ce n'est pas là la seule variété de grossesse que l'on puisse observer dans le cours de cette rétention : *le nouveau produit de conception peut, comme le premier, se développer en-dehors de la cavité utérine.* Le nombre des observations de ce genre, relativement considérable si on le compare à celui des grossesses utérines compliquant des grossesses extra-utérines anciennes, semble indiquer que les femmes qui ont eu une première grossesse extra-utérine sont prédisposées à avoir des grossesses postérieures de même nature. Ce fait n'aurait, du reste, rien d'étonnant. En effet, la situation du fœtus en-dehors de l'utérus est sous la dépendance de certaines causes qui pourront très-bien agir au moment de plusieurs conceptions successives. Qu'il y ait eu, par exemple, dans le petit bassin une inflammation qui a créé des adhérences empêchant le pavillon de s'adapter à l'ovaire au moment de l'ovulation, mais lui laissant sa perméabilité, l'ovule fécondé pourra tomber chaque fois dans la cavité péritonéale et déterminer plusieurs grossesses successives extra-utérines. Les cas de ce genre, quoique ne rentrant pas tout-à-fait dans notre sujet, nous ont paru assez intéressants pour que nous nous soyons décidé à les relater.

Observation I

Albucasis (relatée par Sue le Jeune, *Essais hist. sur les acc.* t. I, p. 101).

Il s'agit d'une femme qui croyait avoir perdu son fruit et qui devint enceinte pour la deuxième fois. Ce second enfant subit le même sort que le premier, c'est-à-dire qu'ils restèrent tous deux dans la matrice. Peu de temps après, il se forma un abcès à l'ombilic, par lequel il sortit du pus et des os. Cet évènement, auquel Albucasis ne s'attendait pas, l'étonna ; mais, après bien des réflexions et un examen attentif, il fut convaincu que les ossements appartenaient au fœtus, ce qui fut confirmé par ceux qui suivirent. Ce qu'il y a de plus étonnant, c'est que la femme guérit très-bien, vécut même ensuite plusieurs années ; cependant l'abcès resta fistuleux, et il en découlait continuellement une humeur lymphatique.

Observation II

Docteur Nicolas Robert (1644), obs. citée par Lempereur
(*Thèse Paris* 1867, p. 136).

Il s'agit d'une femme qui conçut deux fois en trois ans, et dont l'enfant vécut chaque fois jusqu'au neuvième mois ; mais elle porta, pendant neuf autres mois, ces enfants morts et pétrifiés dans son ventre. On fut obligé de les extraire par l'opération césarienne.

Observation III

(Résumée.)

Varnier et Mangin, *Journal de Médecine* 1785, t. LXV, p. 29.

Une femme de Vitry-le-Français devint enceinte à 42 ans ; à la fin du 9e mois survinrent des douleurs d'accouchement et une perte considérable, qui cessèrent au bout de 48 heures, sans qu'il y eût d'accouchement. La femme se rétablit, mais le ventre resta gros. Dix-huit mois après, nouvelles douleurs d'enfantement, perte de plusieurs jours de durée ; mais ces accidents furent légers en comparaison des autres. La femme a joui ensuite d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 75 ans. A l'autopsie, on trouve une masse flottante dans la région hypogastrique, adhérente aux intestins ; son enveloppe demi-osseuse ou cartilagineuse contient un enfant à terme du sexe masculin. La matrice, les trompes, les ovaires sont sains. A gauche de la matrice existe un corps de la grosseur d'un œuf de poule, contenant un fœtus de deux mois environ.

Observation IV

(Résumée).

OULMONT (TH. MOREAU, Paris 1853, p. 110).

En 1853, M. Oulmont eut à soigner, à la Salpétrière, une femme de 31 ans qui n'était jamais accouchée. Elle mourut au 3e mois d'une grossesse, de la rupture du kyste fœtal. A l'autopsie, on trouva le produit de la récente conception dans le pavillon de la trompe droite. Une seconde tumeur, existant à l'extrémité de la trompe gauche, et plus petite que celle du côté droit, contenait un petit fœtus sans tête, qu'après un examen attentif M. Oulmont attribua à une conception datant de plusieurs années auparavant.

Observation V

(Résumée).

HAYDON (citée par PARRY, *loc. cit.*, p. 145).

Une jeune femme mourut, après une maladie de quelques heures, de la rupture du sac d'une grossesse tubaire, au sixième mois de la gestation. Quatre ou cinq ans auparavant, on l'avait supposée enceinte et avoir avorté, mais on n'avait pas vu de fœtus. A l'autopsie, la trompe droite est dilatée en un sac ayant trois pouces de diamètre, rompu ; à travers la fente, le fœtus et ses annexes font saillie. L'ovaire est sain ; il y existe un corps jaune, qui semble dater de six mois. Le fœtus semblait mort depuis peu, et être âgé de trois mois. Outre cela, on trouva un deuxième fœtus, enfermé dans son sac, appendu à l'extrémité frangée de la trompe. Ce fœtus, remontant à une grossesse antérieure, était mort à deux mois, et n'avait pas empêché une grossesse ultérieure.

Observation VI

Docteur GABRIEL KING (PARRY, *loc. cit.*, p. 144).

Deux grossesses extra-utérines se sont produites à trois ans d'intervalle.

Au lieu de se produire pendant la rétention du fœtus extra-utérin, la nouvelle grossesse extra-utérine peut ne se produire qu'après son expulsion. Lempereur (1) cite une obser-

(1) *Loc. cit.*, p. 127.

vation de Marould, (1699) dans laquelle il est dit qu'une femme aurait rejeté dans des efforts de vomissements un fœtus âgé de trois mois, et cela lors de trois grossesses successives.

De Smet (1) relate une observation semblable de Galiay : deux grossesses se sont terminées par l'expulsion du fœtus à travers le rectum ; la femme se rétablit.

Si de ces observations, nous retranchons celle qui est due à Marould, dans laquelle l'existence de la grossesse extra-utérine n'est pas certaine (2), nous trouvons 7 cas de grossesses extra-utérines survenues après la production d'une grossesse de même nature. Nous verrons plus loin que nous avons pu réunir 83 cas de grossesses intra-utérines pendant la durée de la rétention de kystes fœtaux extra-utérins. Ajoutons que Salterthwait (3) a observé une grossesse utérine survenue après l'expulsion du produit de conception extra-utérin. En somme, nous trouvons 84 grossesses développées dans la cavité utérine, 7 grossesses développées en dehors de cette cavité, soit une grossesse extra-utérine sur 12 intra-utérines.

Lorsque c'est dans la cavité utérine que le nouveau produit de conception se développe, les destinées de ce dernier sont variables. Le plus souvent, *aucun phénomène pathologique ne vient entraver la grossesse* ; on l'a même vue suivre son cours normal malgré l'existence d'une fistule abdominale qui faisait communiquer le kyste extra-utérin avec l'extérieur, et malgré des manœuvres pratiquées pour extraire les restes du fœtus extra-utérin. L'observation suivante en est une preuve :

(1) *Loc. cit.*, p. 229.
(2) De Smet, *loc. cit.*. p. 235.
(3) *New-York med. journ.*, t. XVI, 1872, p. 387.

Observation VII

(Résumée).

Kyste fœtal provenant d'une grossesse abdominale datant de cinq ans. Opération faite au septième mois d'une grossesse nouvelle utérine. Guérison. Dr Caraman, (rapportée par Chayé, *Th. Paris*, 1882, p. 90).

Grossesse remontant à près de cinq ans, sans expulsion fœtale, à la fin de 1875. Les mouvements actifs du fœtus, constatés au onzième mois, feraient croire que le terme a été dépassé. La période de faux travail n'est point signalée par l'auteur. Un jour de l'été 1878, par suite d'une imprudence, le manche d'un rateau heurta violemment le côté droit du ventre. Un phlegmon se développa, et un peu plus tard, au milieu du pus, on trouva des parcelles de chair fétide, cordon, placenta, parties molles, etc. Une fistule fut la suite de ce phlegmon donnant issue à un liquide séro-purulent. Le ventre avait naturellement diminué de volume. En 1880, grossesse normale. Au troisième mois de la nouvelle grossesse, les ressources de la malade s'affaiblirent, ce qui augmenta la mauvaise situation de cette femme. Il existait à droite une tumeur dure (kyste fœtal) d'une étendue de 16 centimètres carrés, dépassant en haut de 6 cent. la ligne ombilico-iliaque et la ligne blanche, s'étendant profondément dans le flanc droit. L'utérus, allongé en boudin, est dévié à gauche. Au toucher vaginal, col d'une primipare, culs-de-sacs libres.

L'introduction d'un stylet à travers l'orifice de la fistule fait percevoir un corps semblant être un os du crâne. On fit successivement, pendant la grossesse, l'extraction de plusieurs os par la fistule. La femme accouche à terme d'un enfant long de cinquante-cinq centimètres. Il est mort quelques heures après sa naissance. Suites de couches normales. La fistule a bourgeonné ; la plaie s'est cicatrisée.

D'autres fois, au contraire, la présence du kyste fœtal a une *influence fâcheuse sur la grossesse.* Pour l'étude des accidents qui peuvent survenir pendant la gestation, nous croyons qu'il est utile de distinguer deux cas, suivant que le kyste fœtal occupe la cavité pelvienne ou est situé au-dessus de cette cavité. Dans le premier cas, grâce à sa mobilité, on conçoit qu'il puisse être repoussé par l'utérus gravide au-dessus du détroit supérieur, et le cas rentre alors dans le cadre de notre deuxième division ; s'il n'est pas repoussé, par

analogie avec ce qui se passe dans les cas de tumeurs d'autre nature qui se trouvent dans les mêmes conditions de siège et de fixité, on entrevoit la possibilité de phénomènes d'incarcération de l'utérus, ou de symptômes de compression des vaisseaux, des troncs nerveux, de la vessie et du rectum. Nous avons trouvé une observation dans laquelle ce dernier accident est relaté ; nous regrettons qu'il ne nous ait pas été possible de la donner plus complète.

Observation VIII (1).

Gordon (*Western Journ. of Medecine and Surgery,* oct. 1848).

Gordon rapporte qu'il a eu à soigner une femme qui avait mis au monde cinq enfants pendant qu'il en existait un autre enkysté. Pendant les quatre premières grossesses, rien de remarquable. Mais pendant la cinquième grossesse, *la tumeur* fut comprimée de haut en bas dans le bassin et elle *obstrua le rectum*, au point de rendre la défécation impossible.

Vers la fin d'une sixième grossesse, pendant le travail, la tumeur extra-utérine s'opposait à la descente du fœtus intra-utérin. Le Dr Gordon incisa franchement le vagin et appliqua le forceps sur le fœtus extra-utèrin ; mais il ne put l'extraire. Il le perfora, fit des tractions en différents sens ; néanmoins, il n'aboutit à rien. L'incision vaginale fut élargie jusqu'à ce qu'elle eut une longueur de quatre pouces ; alors l'index droit fut introduit dans le rectum et l'index gauche dans la plaie. Quand ils furent appliqués comme les branches d'un forceps sur chaque côté du cou du fœtus enkysté, des tractions furent faites et causèrent de vives douleurs. Le fœtus fut extrait, maintenu en contact avec la vulve. On trouva alors que la cause du retard provenait d'adhérences du fœtus avec le sac dans lequel il était contenu..... On ferma la plaie vaginale qui guérit par première intention. Après cette opération, les douleurs d'enfantement cessèrent, puis reprirent deux jours plus tard : l'enfant intra-utérin vint au monde tout naturellement, avec beaucoup de facilité en moins de deux .eures. La femme recouvra la santé aussi rapidement qu'après un travail naturel.

Lorsque le kyste extra-utérin siège au-dessus de l'excavation pelvienne, des accidents d'autre nature sont possibles. La

(1) Parry, *loc. cit.*, p. 142 et 244.

femme se trouve à certains points de vue dans les conditions d'une grossesse gémellaire ; et on sait que, dans ces cas, les troubles mécaniques du côté de la digestion, de la circulation ou de la respiration ne sont pas très rares. Il n'est donc pas étonnant que les mêmes symptômes se produisent dans le cours des grossesses que nous étudions. Du reste, voici une observation qui démontre le fait : une dyspnée intense survint pendant la grossesse et nécessita la provocation de l'avortement. Comme cette observation n'est relatée que d'une façon tout à fait sommaire dans les ouvrages français, nous avons cru bien faire en la reproduisant dans tous ses détails.

Observation IX

Grossesse abdominale chez une femme enceinte pour la sixième fois. Mort du fœtus le huitième mois. Trois ans plus tard, grossesse utérine. Avortement provoqué. Putréfaction du produit de conception abdominal ; ouverture à travers la paroi abdominale. Septicémie. Mort. Par le docteur Hennigsen, médecin à Schleswig (*Archiv für Gynækologie*, t. I, 1870, p. 335).

La femme A... J..., âgée de 37 ans, mariée à 23 ans, a eu cinq couches. Une légère scoliose droite des vertèbres dorsales et une scoliose gauche des vertèbres lombaires datent de l'enfance. Les régles apparurent à 17 ans, et furent réguliéres depuis, sans être accompagnées de malaises. — En 1856, accouchement naturel d'un premier enfant par l'extrémité pelvienne ; à la fin de la deuxième grossesse (1858), naquit à terme un enfant non viable, atteint d'un spina bifida considérable ; la femme souffrit pendant trois semaines d'une métropéritonite du côté droit. — Les accouchements ultérieurs se sont tous terminés normalement en présentation du sommet ; les quatre enfants vivent encore.

Aprés le dernier accouchement (juin 1864), bonne santé jusqu'en mai 1865 ; les règles étaient d'une régularité parfaite. Au milieu du mois de mai, elles apparurent avant le moment voulu ; elles furent accompagnées de céphalalgie, d'anorexie, de frissonnements répétés et de douleurs très-intenses, d'origine péritonéale, qui se produisirent subitement dans le bas-ventre. Ces douleurs déterminaient des syncopes et étaient accompagnées de besoins

d'uriner fréquents et intenses ; à leur suite apparaissaient des sueurs froides sur tout le corps, et au bout d'une demi-heure à une heure, elles cessaient petit à petit sous l'influence de l'opium. Ces douleurs se firent sentir une ou deux fois par semaine, pendant les mois de juin et de juillet, avec une grande violence ; il y avait en même temps un écoulement abondant de mucosités sanguinolentes par les parties génitales. — Au commencement d'août, cet écoulement sanguin cessa complétement ; par contre, les douleurs dont nous avons parlé se manifestèrent encore souvent, quoique moins intenses que pendant les premiers mois. Pendant le mois de septembre, on put sentir des parties fœtales à travers la paroi abdominale ; au début du mois d'octobre, premiers mouvements de l'enfant, qui étaient souvent accompagnés de fortes douleurs à l'hypogastre. Les mouvements étaient perçus dans la moitié gauche de l'abdomen, au-dessous de l'ombilic, plus tard, au-dessus de ce point jusqu'au début du mois de février 1866, époque à laquelle ils cessèrent soudainement, sans cause connue, après que la femme eut éprouvé dans le bas-ventre une sensation de froid très-marquée, s'irradiant vers le dos.

A l'époque présumée de l'accouchement, le 6 mars, apparurent des douleurs semblables à celles de l'enfantement ; il s'écoula, par les parties génitales, un peu de mucosités ce jour et les jours suivants ; après quoi, se produisit, le 13 mars, l'expulsion d'une caduque du volume et de la forme d'un œuf d'oie. A l'exploration interne, on trouva l'orifice externe du col, de même que sa portion vaginale, assez dilatés pour permettre l'introduction du doigt ; l'orifice interne était déjà refermé ; une pression un peu forte, exercée vers le corps de l'utérus, déterminait de la douleur. A travers le segment inférieur de l'utérus, on sentait un corps arrondi, mobile ; à travers la paroi abdominale, on percevait de petites parties fœtales : le diagnostic de grossesse extra-utérine ne faisait plus de doute. Comme le fœtus avait vécu dans ce cas jusqu'à huit mois, on conclut à une grossesse abdominale. — Après l'expulsion de la caduque, il n'y eut plus de nouvel accident ; la femme se trouva mieux depuis ce moment, et à la fin d'avril, elle se promenait déjà. En avril, les règles reparurent. Les mois suivants, il y eut un bien-être relatif ; seulement, de temps en temps, surtout pendant la menstruation, apparaissaient tout à coup de très-fortes douleurs, surtout dans la partie droite du bas-ventre ; elles étaient accompagnées de petits frissons, d'affaiblissement, de dysurie, d'une dépression intellectuelle, et étaient la manifestation d'une inflammation péritonéale ; elles disparurent bientôt. Pendant les années 1867 et 1868, ces symptômes apparurent et disparurent successivement.

Ce n'est que quelques mois après l'expulsion de la caduque que l'on put constater une légère diminution du volume de la tumeur abdominale. Mais

plus tard, après la résorption de la partie liquide de la poche, alors que le corps, devenu dur, ferme, était adossé à la paroi abdominale, il resta pendant les années suivantes presque entièrement dans le même état, représentant un corps ovale, dur, qui, traversant la partie moyenne de l'abdomen, s'étendait depuis la région iliaque gauche jusqu'à la région splénique, sur une étendue de 24 centimètres. Il était sensible à la pression ; après chaque palpation persistait une gêne moindre. Sa limite supérieure était à 10 cent. au-dessous de l'ombilic. Dans cet état, les résultats de mensurations externes de l'abdomen restèrent jusqu'au début du mois de juin 1868 à peu près dans l'état suivant :

	Juillet 1867	Novembre 1867	Juin 1868
	—	—	—
Circonférence du ventre au niveau de l'ombilic.	103 cent.	100 cent.	99 cent.
Circonférence au niveau de la plus grande convexité entre l'ombilic et la symphyse	104 »	100 »	100 »
Distance de l'appendice xiphoïde à la symphyse.	36 »	36 »	35 »
Distance de l'appendice xiphoïde à l'ombilic.	21 »	21 »	21 »
Distance de l'ombilic à la symphyse	15 »	15 »	14 »

Au début du mois de juin 1868, suppression des règles; apparition de symptômes d'une nouvelle grossesse. Pendant que l'abdomen se développait, le produit extra-utérin, qui mesurait encore 30 centimètres horizontalement, 20 centimètres verticalement, et qui avait une forme ovale, fut poussé petit à petit dans la moitié droite de l'abdomen, de sorte qu'il perdit sa situation oblique, et que son axe longitudinal devint parallèle à celui du corps. Au milieu d'octobre, il s'étendait de la région iliaque droite jusqu'au bord du foie, ne dépassant nulle part la ligne blanche. De la grande mobilité du corps fœtal, on crut pouvoir conclure qu'il n'y avait pas d'adhérences notables entre lui et l'utérus, les ligaments de la matrice ou d'autres organes pelviens ; car, dans ce cas, il n'y aurait pas pu y avoir un déplacement notable du kyste, de la position oblique vers la position verticale, sans de violents symptômes de déchirure ; or, ces symptômes ont manqué complétement, et le changement de position s'est fait d'une façon relativement facile, sans donner lieu à une gêne notable. Le fond de l'utérus pouvait déjà, au début de septembre, être senti à gauche dans la région hypogastrique ; mais les malaises sympathiques de la grossesse, et surtout une dyspnée qui apparut soudainement, prirent un tel développement, qu'on dut céder aux sollicitations pressantes de la malade et en venir à provoquer l'avortement. Cet avortement

fut provoqué à l'aide de douches ; ce n'est que le 3 novembre que se produisit l'expulsion d'un fœtus long de 28 centimètres, pesant 625 grammes. Cette expulsion, ainsi que celle du placenta, se fit facilement, sans rien présenter de particulier. Les dix jours suivants se passèrent dans un état de très-bonne santé. Déjà vingt heures après l'expulsion du fœtus, on sentait le segment supérieur arrondi du kyste extra-utérin, descendre vers le côté gauche en dépassant la ligne blanche ; et après quelques jours, ce kyste s'étendait dans le sens de son axe longitudinal, depuis la région iliaque droite jusqu'à la région de la rate, en comprimant à ce niveau l'estomac.

Après que la femme eut fait le 13 et le 14 novembre quelques promenades dans sa chambre, apparurent d'abord de faibles douleurs dans le bas-ventre avec de l'insomnie ; les jours suivants, apparut de la fièvre. Le 16, le kyste entier était très sensible à la pression, surtout dans la partie droite du bas-ventre, où il était adossé immédiatement contre la paroi abdominale. Dans le courant de décembre, se placent au premier rang des symptômes d'une inflammation subaiguë du kyste ; ils eurent pour résultat un amaigrissement progressif et l'épuisement de la malade.

Dans les premiers jours de janvier 1869, les symptômes diminuèrent un peu d'intensité ; la sensibilité se limitait de plus en plus à un point de l'hypogastre ; en ce point qui était situé à 8 centimètres au-dessous de l'ombilic et un peu à gauche de la ligne blanche, on pouvait déjà depuis la fin du mois de décembre percevoir une vague sensation de fluctuation. Au début du mois de janvier, cet endroit devint plus proéminent, et le 15 se produisit l'ouverture de ce point de la paroi abdominale. — A travers l'ouverture, grande comme une tête d'épingle, et qui se trouvait à 6 centimètres au-dessous de l'ombilic, à 5 cent. à gauche de la ligne blanche, la sonde pénétrait à une profondeur de 6 cent. jusqu'à un corps mou, donnant la sensation de la peau. Par cette ouverture s'écoulait, au début spontanément, plus tard seulement sous l'influence de la compression de l'abdomen, un liquide épais, d'un jaune rougeâtre, inodore, d'une réaction neutre. Le microscope y révélait la présence de nombreuses cellules en dégénérescence graisseuse et des globules de graisse libres. L'état général de la malade fut encore assez bon pendant le mois de février, malgré la fièvre persistante du soir (pouls du soir, 120 ; temp. 39° c.), malgré les sueurs nocturnes abondantes, l'anorexie continue et les vomissements presque journaliers ; l'amaigrissement n'était pas très considérable ; la femme s'occupait des soins de son ménage. — On chercha à agrandir petit à petit l'ouverture abdominale par la laminaria. On s'efforça d'entretenir la propreté, de soutenir les forces. Le liquide sécrété, dont il s'écoulait environ 50 gr. par jour prit bientôt une odeur très-fétide ; le microscope y

révélait, outre les éléments déjà nommés, de nombreux globules de pus, d'abondants cristaux de stéarine, des lames de tissu conjonctif. — L'état général empira à vue d'œil, au commencement de mars ; la température tombait rarement au-dessous de 39° c. malgré l'emploi fréquent de fortes doses de quinine ; l'insomnie, de même que l'anorexie et les vomissements, persistèrent. A part une portion de cordon longue de 9 centimètres, expulsée le 10 mars par la plaie, et qui à ses deux extrémités était comme rongée par suite de la macération, il n'y eut pas d'expulsion de parties fœtales plus dures.

Le 20 mars, advint une fièvre plus forte : pouls 125, temp. 40° c. Grande dépression.

22 mars : léger gonflement et sensibilité du genou droit, qui disparurent, il est vrai, au bout de quelques jours. Mais, après cela, d'autres symptômes plus importants de septicémie vinrent en scène. A côté d'une fièvre intense, de sueurs colliquatives surtout le matin, à côté d'une grande débilité, apparurent dans l'espace de quatre semaines, successivement, un gonflement douloureux des deux coudes et de l'articulation temporo-maxillaire gauche, puis, le 10 avril, des nodosités très-douloureuses, de la grandeur d'une pièce de cinq gros, sur des points symétriques de la face antérieure des deux avant-bras. Le 14 avril, survinrent une irritation de la plèvre gauche et de fréquentes selles diarrhéiques. Les règles, qui avaient été régulières en février et en mars, ne reparurent plus ; malgré les soins les plus minutieux et la plus grande propreté, malgré des injections quotidiennes d'eau tiède dans la poche extra-utérine, l'affaiblissement des forces ne fit qu'augmenter. Des symptômes d'une pyohémie chronique survinrent ; il se produisit une thrombose de la veine saphène gauche, une légère inflammation de l'articulation du pied droit. Le 7 mai, douleurs de tête violentes avec torpeur, qui se répétèrent presque chaque jour ; par leur intensité et leur ténacité elles firent craindre la formation d'une thrombose des sinus crâniens, et elles occasionnèrent un épuisement croissant de la malade. Le 28 mai, apparurent soudainement les symptômes d'une péritonite diffuse par perforation. La malade mourut 40 heures après son début.

Autopsie 19 heures après la mort. La rigidité cadavérique a déjà disparu ; il n'y a nulle part d'eschare ni d'œdème. La cavité abdominale put seule être soumise à un examen minutieux.

La poche fœtale n'est soudée que sur une faible étendue autour de la perforation au feuillet pariétal du péritoine ; par contre, elle a contracté plusieurs adhérences dans ses segments postérieur et inférieur, en partie avec la vessie, en partie et surtout avec le cœcum, depuis la valvule iléo-cœcale et avec le colon ascendant, sur une étendue correspondant à la largeur de la paume de la main ; enfin, il existe une faible adhérence, de la grandeur d'une pièce de cinq gros, avec le coude hépatique du colon.

Le kyste occupe complétement le petit bassin, s'élève à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic; son bord supérieur se dirige obliquement à gauche et en bas de la courbure hépatique du colon vers l'S iliaque; son diamètre horizontal est de 22 centimètres; le vertical, de 13 centimètres.

Le contenu de la poche consiste en un fœtus incrusté de matières calcaires; le tout, la paroi du kyste y comprise, pèse 1 kilogr. 1[4. A droite, dans la région de la valvule iléo-cœcale, là où existent les plus grandes adhérences, se trouve le crâne du fœtus, dans un état de macération très-avancée; ses bords très-tranchants ont produit une perforation de la poche. Il en est résulté une péritonite diffuse, avec exsudat purulent, légère agglutination de presque toutes les anses intestinales, et une masse abondante de pus liquide dans le petit bassin et sur les deux ailes iliaques. L'utérus, normal, se trouve à gauche du kyste; il est poussé par lui profondément dans le bassin, en état de rétroversion; l'ovaire gauche, de même que les ligaments du côté gauche de la matrice, sont tout-à-fait normaux. Par contre le ligament large et le ligament rond du côté droit forment en partie la poche fœtale jusqu'à 5 centimètres de l'utérus. De cette façon, le kyste avait son point fixe dans la région iliaque droite, et c'est autour de ce point qu'il était obligé de se mouvoir, dans les différents changements de position. On s'explique ainsi la première situation de ce kyste, qui s'étendait de bas en haut et de droite à gauche, et sa direction verticale ultérieure, de la région iliaque droite jusqu'à la région hépatique. — Le fœtus est du sexe féminin; le cordon ombilical est rompu à 3 centimètres de l'abdomen, par suite de la macération; son insertion se fait à 5 1[2 centimètres de la symphyse. Les diamètres de la tête ne peuvent être mesurés, car les os sont séparés les uns des autres. La grandeur d'un os pariétal depuis l'angle sphénoïdal jusqu'à l'angle lambdoïde, est de 10 centimètres; depuis l'angle frontal jusqu'à l'angle mastoïdien, 9 1[2 centimètres; depuis le sommet de la tête jusqu'au temporal: 8 centimètres.

Dans le cas suivant, il n'y eut, pendant plusieurs grossesses successives, qu'une gêne survenant vers la fin de chaque gestation.

Observation X

(Résumée).

Grossesse extra-utérine terminée heureusement après une durée de quinze ans et quatre accouchements survenus dans l'intervalle, par Wilmans. (*Revue médicale*, 1829 p. 107).

Rien de particulier pendant toute la durée de la grossesse extra-utérine, qui arriva à terme en janvier 1812. A cette époque (âge de la femme, 30 ans), faux

travail, cessation des mouvements fœtaux, sécrétion laiteuse. Le kyste fœtal était situé dans la région ombilicale, son grand diamètre dirigé transversalement, parallèle à l'arc du colon. Retour des règles. Nouvelle grossesse, qui se termina naturellement. La femme eut encore, depuis, trois autres grossesses, durant lesquelles elle n'éprouva d'autre incommodité qu'une grande gêne, à cause du poids considérable de son ventre, dans les derniers temps. De ces quatre enfants, qu'elle allaita elle-même, trois vivaient en 1826, forts et bien portants. Après la dernière grossesse, les règles ne sont plus revenues. Quatre ans après, le fœtus est expulsé par le rectum et la vessie. La femme se rétablit, après que tous les os furent évacués.

L'avortement et *l'accouchement prématuré* constituent les accidents que l'on le plus souvent observés pendant le cours des grossesses qui nous occupent. L'existence de la tumeur extra-utérine suffit pour les expliquer. Il peut arriver en effet que l'extensibilité des parois abdominales ne se prête pas toujours suffisamment à l'ampliation nécessaire à la présence de deux tumeurs aussi volumineuses que celle formée par l'utérus à une période avancée de la gestation et celle constituée par le kyste extra-utérin ; la matrice, par suite des compressions exercées sur elle dans cette cavité trop étroite, pourra être sollicitée à se contracter avant le terme normal de la grossesse. D'autre part, le kyste fœtal est déjà exposé pendant l'état de vacuité de l'utérus à plusieurs accidents, tels que déchirure, inflammation. Si une de ces complications se manifeste pendant une grossesse utérine postérieure, l'utérus pourra s'irriter et on verra survenir un avortement ou un accouchement prématuré.

La présence de la tumeur fœtale suffit, on le voit, pour expliquer le travail avant le terme normal de la grossesse; mais cette tumeur doit-elle toujours être mise en cause dans les observations que nous allons relater? Nous ne le pensons pas : car la présence d'un kyste fœtal dans la cavité abdominale n'est pas un talisman qui empêche la femme enceinte

de subir les autres causes si nombreuses de l'expulsion prématurée du produit de conception.

Observation XI

Durée de la rétention du fœtus extra-utérin : 54 ans. Deux avortements pendant ce temps. Nebel, *Histor. et Commentar. Elector. scient. et elegant. libr., Theodoro-Palatinæ*, 1770, vol. II, p. 403 (relatée par Kuchenmeister, *in Arch. f. Gynœk.* t. XVII, p. 180).

Suzanne Stollberg, de Marbourg, née le 11 novembre 1675, mariée à Heidelberg en 1708. Deux grossesses antérieures; nouvelle grossesse à l'âge de 30 ans; les mouvements fœtaux furent parfaitement perçus. Les douleurs, qui se firent sentir à terme, cessèrent en même temps que les mouvements fœtaux; écoulement des eaux. Pendant plusieurs semaines, écoulement de sang, expulsion de débris de chair et de membranes à odeur repoussante; douleurs violentes dans les changements de positions; diminution du volume des seins et de l'abdomen. Il persista une tumeur dure, inégale, changeant de situation suivant les différentes positions de la femme. Les règles revinrent. *Il y eut encore deux avortements.* De temps en temps reparurent encore de violentes douleurs pendant la miction et la marche. A la suite d'une inflammation aiguë des intestins, douleurs de tête, dyspnée. Mort le 5 avril 1767, à l'âge de 91 ans. *Autopsie* : Traces de péritonite au niveau de l'utérus et de l'intestin. Le fœtus est dur, situé dans la cavité pelvienne, mobile, adhérent au grand épiploon ; pas d'autre adhérence. Le sommet de la tête repose sur la vessie ; l'occipital et les autres os du crâne reposent sur l'utérus. Poids : une livre. Longueur du fœtus : 27 cent.

Observation XII

(Résumée).

Grossesse extra-utérine ; trois grossesses postérieures, dont les deux dernières se terminent prématurément (*Revue médicale* 1829, t. IV, p. 302).

Ellen Bryan, mariée, 30 ans, devint enceinte en 1821. A l'époque où elle espérait accoucher, elle ressentit une vive douleur dans l'abdomen, causée, suivant ses propres expressions, par le déplacement d'un corps dont elle ne pouvait déterminer ni le volume, ni la nature. Un médecin appelé ne put guère mieux expliquer la cause de cet étrange phénomène. Pas d'accouchement, le volume du ventre reste le même. Dix-huit mois après, cette femme conçoit de nouveau

et accouche, à l'époque voulue, d'une belle petite fille bien conformée. Deux ans se sont à peine écoulés, qu'elle met au monde un autre enfant de six mois, qui meurt presqu'aussitôt. Enfin, en 1826, elle devient grosse pour la quatrième fois et elle accouche, au terme de sept mois, d'un petit garçon qui eut le même sort que le précédent. Quant à la tumeur, elle conserve son volume ordinaire. Le 19 mai 1827, on trouve la femme dans un état d'affaiblissement considérable. A droite de l'ombilic, existe une plaie communiquant avec le kyste fœtal extra-utérin. Mort le 13 juin. A l'autopsie, on trouve le kyste derrière l'utérus, au-dessus du côté droit du fond de cet organe, et formé par un prolongement du péritoine et surtout par le ligament large du même côté. La trompe est étroitement liée aux parois externes de ce kyste; l'ovaire droit est également confondu avec la tumeur; l'utérus, l'ovaire et la trompe gauches sont normaux.

Observation XIII

(Résumée).

Grossesse extra-utérine abdominale. Grossesse utérine postérieure; avortement au troisième mois. WALTER P. U. (*Monatschr. f. Geburtskunde,* t. XVIII, 1861, p. 188).

Mme K..., née à Lübeck en 1791, accouche en 1811 pour la première fois. Accouchement difficile. En 1817, avortement au troisième mois, à la suite d'une chute; en 1820, avortement au quatrième mois, à la suite d'une frayeur. A la fin de mars 1822, cessation des règles. Pendant le cours de cette grossesse, douleurs abdominales fréquentes, écoulement sanguin à plusieurs reprises. La femme perçoit les mouvements fœtaux pour la dernière fois le 14 février 1823. Le 23 mars, menstruation de très courte durée; les règles devinrent régulières à partir du mois de juillet. Le 25 mars 1826, la femme, en portant un fardeau, eut la sensation d'un craquement et de l'épanchement d'un liquide dans la cavité abdominale. Syncope pendant plusieurs minutes, refroidissement du corps. Après cette syncope, frissons, sensibilité du bas-ventre un peu au-dessus du fœtus. Cet évènement se produisit à une époque où la femme avait conçu probablement depuis très peu de temps, puisqu'au milieu de juin elle avorta et expulsa un fœtus de trois mois environ. Le lithopédion resta mobile dans la cavité abdominale. Accès de dysurie fréquents, par suite de la pression du lithopédion sur la vessie. Walter apprit que la femme, à l'âge de 69 ans, était encore bien portante.

Observation XIV

(Résumée).

Grossesse extra-utérine abdominale arrivée à terme. Simulacre de travail. Mort du fœtus. Inclusion de l'œuf. Deux grossesses utérines successives et rapprochées. Accouchements prématurés ; présentations transversale et pelvienne. Stoltz (Bolard, *Th. Strasbourg*, 1866, p. 3).

Fanny B..., 23 ans, mariée depuis un an, vint en consultation à la Maternité de Strasbourg, le 26 mars 1863. Elle croit être devenue enceinte vers le 15 avril 1862. Au terme normal de la grossesse, travail d'enfantement pendant dix jours, qui se termina par l'expulsion de sang par le vagin. Sécrétion lactée pendant six semaines. Les battements redoublés du fœtus n'ont cessé que vers le 10 février. La tumeur diminua de volume ; située transversalement dans la région sous-ombilicale, elle semble adhérente à la paroi antérieure de l'abdomen. L'utérus est mobile et semble être augmenté de volume. Sensation de chaleur dans le ventre. La menstruation a reparu peu de temps après le faux travail. On posa le diagnostic de grossesse extra-utérine abdominale. Expectation.

Le 19 août 1864, Fanny B... se présenta de nouveau à la consultation, se disant au milieu du huitième mois d'une nouvelle grossesse (dernières régles le 20 décembre 1863). Cette nouvelle grossesse n'a rien présenté de particulier ; l'état général est très bon. Le fœtus extra-utérin était refoulé à gauche, et la matrice s'élevait jusque dans l'hypocondre droit. Le terme de la grossesse n'arrivant qu'à la fin de septembre, la dame B... retourna chez elle, promettant de revenir dans la première quinzaine du mois suivant. Elle se préparait à se rendre à Strasbourg, lorsque le 1er septembre, à une heure du matin, elle fut prise des douleurs de l'enfantement. Le médecin et la sage-femme, ayant été appelés aussitôt, reconnurent une présentation transversale ; ils constatèrent, de plus, une procidence du cordon ombilical. La version fut pratiquée, et à dix heures du matin on amena un enfant mort. Rien de particulier dans la puerpéralité. La santé se rétablit promptement. Le 22 juillet 1865, la dame B... se présenta de nouveau, enceinte pour la troisième fois et au milieu du septième mois (dernières règles le 20 décembre 1864). Cette grossesse n'a présenté rien d'anormal. Comme la première fois, le fœtus abdominal était à gauche, et la matrice inclinée à droite. Le ventre était très développé. L'exploration externe et interne fit soupçonner l'existence d'une présentation du siège. Le jour de son arrivée, douleurs intermittentes et con-

tractions utérines, qui firent craindre un avortement ; elles disparurent au bout de deux jours. Elle accoucha dans le courant de septembre ; mais, cette fois encore, l'enfant était venu mort au monde, en présentation pelvienne.

Observation XV

Mort du fœtus extra-utérin vers le septième mois. Avortement au troisième mois d'une grossesse postérieure. (Obs. de Chapman, *in New-York med. journ.*, avril 1879, relatée dans *Rev. des sciences méd.*, t. XV, 1880, p. 204).

Mme B., âgée de 40 ans, a eu 4 enfants; le dernier est né en octobre 1874. A partir du mois de mai 1876, les règles sont suspendues et les signes usuels de la grossesse se manifestent; en novembre 1876, le médecin qui l'examine trouve dans le ventre une tumeur oblongue, située dans la moitié gauche, entre l'ombilic et les lombes, s'élevant de la cavité pelvienne vers la région inguinale gauche, et atteignant presque le rebord des côtes de ce côté. Pendant l'examen, le médecin sentit nettement les mouvements du fœtus; la mère ne les avait pas encore sentis; le médecin n'avait pas pratiqué le toucher vaginal. Le lendemain même, la femme était prise d'une hémorrhagie abondante, le sang sortait à flots par le vagin. Le doigt introduit dans l'utérus rencontra un un corps doux et inégal; c'était le placenta. décollé sur une étendue de 6 centimètres au moins, et adhérant encore par les bords. Le tamponnement fut pratiqué immédiatement; on retira les tampons le lendemain; le col était fermé, et ne laissait passer que quelques gouttes de sang. Le 20 janvier 1877, le toucher vaginal permit de constater que le col était d'une dureté cartilagineuse, qu'il avait les caractères du col de l'utérus non gravide, et n'était qu'un peu plus gros que normalement. Dans l'abdomen, on trouvait une tumeur beaucoup plus petite, discoïde, large d'environ six pouces, mobile, mais présentant des adhérences au niveau de l'ombilic. La malade avait, d'ailleurs, remarqué elle-même que depuis le 20 décembre sa taille, au lieu d'augmenter, avait diminué. Le 4 avril, le médecin appelé près de la femme la trouvait enceinte de trois mois, et perdant du sang en abondance. Le lendemain, l'avortement avait lieu, et le fœtus répondait par sa taille aux indications de la mère. La tumeur adominale ne mesurait plus que quatre pouces et demi, était restée discoïde et adhérente à l'ombilic.

La grossesse peut encore être troublée par des phénomènes pathologiques qui ont leur siège dans la tumeur elle-même. On a observé, en effet, l'*inflammation du kyste fœtal*. Celui-ci,

il est vrai, est souvent déplacé par l'utérus gravide, sans qu'il en résulte aucune conséquence fâcheuse, aucun travail morbide, ni dans la tumeur, ni dans les parties voisines. Dans plus d'une observation, on voit le kyste extra-utérin, situé primitivement dans un côté de l'abdomen, être repoussé du côté opposé par l'utérus gravide ; et malgré cela, ni la grossesse, ni la puerpéralité n'ont rien présenté d'anormal. Bien plus, le déplacement de la tumeur fœtale, loin d'être une cause d'accidents, a fait parfois disparaître les symptômes alarmants de compression qu'elle déterminait avant l'apparition de la grossesse utérine. L'exemple suivant en est une preuve.

Observation XVI

Santorini (de Smet, *loc. cit.*, p. 283).

Dans les premiers jours de sa grossesse extra-utérine, la femme fut affectée d'une difficulté d'uriner telle, qu'elle ne pouvait s'en acquitter qu'en se mettant à genoux et en tenant le haut du corps penché en avant. Peu à peu, cette incommodité disparut, et la grossesse marcha régulièrement, lorsque vers la fin du sixième mois, elle fut prise de violentes douleurs, à la suite desquelles persista une constipation opiniâtre telle, que les lavements réitérés produisaient à peine quelques légères évacuations. *Cette constipation dura pendant plus d'un an, époque à laquelle l'utérus, développé par une nouvelle grossesse entraîna la tête du fœtus au-dessus du détroit supérieur.*

Mais on comprend facilement que si la tumeur a des adhérences d'une certaine solidité, son déplacement, obtenu au prix de la rupture de brides qui la retenaient, aura les conséquences les plus fâcheuses. Par contre, si la fixité du kyste fœtal est assez considérable pour empêcher son déplacement, l'utérus pourra exercer sur lui une compression, qui pourra provoquer sa propre inflammation ou celle du kyste. Peut-être est-ce à une influence de ce genre, qu'on peut rapporter les accidents notés dans les deux cas suivants.

Observation XVII

(Résumée).

Deux grossesses utérines pendant une grossesse extra-utérine ancienne. Tumeur extra-utérine quelquefois douloureuse pendant la dernière grossesse utérine. ANDERSON A. (résumée *in Jahresbericht,* 1878, t. II, p. 591, et 1880, t. II, p. 575).

La femme, pendant la grossesse extra-utérine, n'accusa que quelques malaises insignifiants. Puis des douleurs intenses localisées dans la région droite de l'abdomen, se firent sentir pendant plusieurs jours. Le ventre diminua ensuite de volume ; il persista une tumeur dans le côté droit. Un mois après les douleurs, hémorrhagie pendant plus de quatre semaines; et après, elle fut réglée trois fois normalement. Nouvelle grossesse, interrompue un peu avant terme, à la suite de trop grands efforts. L'enfant vécut neuf jours. La femme fut très fatiguée Les règles revinrent régulièrement. Après une chute, douleurs dans le côté droit, tension, sensibilité du ventre, fièvre. Ces douleurs étaient périodiques. — Deux ans après, deuxième accouchement, après une grossesse, pendant laquelle la tumeur fut quelquefois douloureuse.

Observation XVIII

(Résumée).

Inflammation du kyste extra-utérin pendant une grossesse utérine. Accouchement facile, à terme. Fistule abdominale. Gastrotomie ; guérison. (BUHL, *arch. de méd.*, 1re série; t. IX, p. 423).

Douleurs d'enfantement au terme d'une grossesse, sans accouchement. Retour régulier des règles, qui furent moins abondantes qu'auparavant. Nouvelle grossesse, normale jusqu'au septième mois. A cette époque, les parois de l'abdomen prirent une teinte bleuâtre, et le moindre mouvement décelait de la fluctuation dans cette cavité. Les forces s'épuisèrent ; enfin, au terme ordinaire, la malade mit au monde un gros garçon, qu'elle nourrit elle-même pendant quinze jours, mais qui succomba au bout de neuf semaines à une affection aphtheuse. La sécrétion du lait s'était arrêtée, depuis que la malade avait cessé de nourrir. Dès lors, la mère avait perdu toutes ses forces; douleur dans le bas-ventre, fièvre, émaciation. Nouvelle tumeur, à un pouce au-dessous de l'ombilic. Elle s'ouvrit, et il s'en écoula du pus, des cheveux, des portions de peau. On fait la gastrotomie, et on retire un fœtus situé à droite de la matrice. Guérison le 55e jour.

3. Influence des grossesses extra-utérines anciennes sur les accouchements subséquents.

L'*accouchement*, de même que la grossesse, peut se passer de la façon la plus *normale*. On a vu des femmes accoucher trois ou quatre fois sans que le kyste fœtal ait apporté aucun trouble à la marche du travail, sans que d'autre part le travail ait porté atteinte à l'intégrité de la tumeur extra-utérine.

Voici les faits :

Observation XIX

Observation sur un enfant qui a resté pendant quarante-six ans dans une des trompes de la matrice, et qui n'empêcha pas que la mère n'accouchât deux fois heureusement pendant ce temps-là, par M. Boulduc. (*Histoire de l'Académie royale des sciences*, 1721).

Anne Mullerin, née en 1626 à Leinzell, village de Souabe dans le duché de Wurtemberg, femme d'une constitution maigre et séche, d'ailleurs gaie et d'une bonne santé, eut à l'âge de 48 ans tous les signes de grossesse, et enfin les douleurs, qui lui durèrent sept semaines, mais sans se terminer par un accouchement. Elle en fut délivrée par les bains d'Aalen, mais non pas de la tumeur qu'elle avait cru être un enfant. Cette tumeur lui dura toujours, sans augmenter, et sans lui causer de douleur, mais seulement l'incommodité d'un grand fardeau. Avec ce gros ventre, qui était parfaitement celui d'une femme grosse, elle ne laissa pas de le devenir encore, et elle eut de suite deux enfants, qui se portèrent fort bien. Elle fut veuve en 1680, et elle a survécu à son mari 40 ans, pendant lesquels elle a toujours prétendu être grosse et enfin, en 1720, elle ordonna en mourant qu'on l'ouvrît, curieuse que l'on sût ce que c'était que sa grossesse de 46 ans. Le chirurgien de village, qui l'ouvrit avec peu d'adresse et de précaution, lui trouva dans le ventre une masse ronde, grosse comme une boule à jouer aux quilles, sans remarquer précisément où

elle était située; et comme cette boule était dure, il l'ouvrit d'un coup de hache. Le fait fut écrit d'Allemagne à Madame, qui eut la bonté de le faire communiquer à l'Académie par M. Boulduc.

M. Camerer, professeur en médecine à Tubingue, dont l'Académie a vu une lettre sur ce sujet, examina avec soin la grosse masse, telle qu'elle était au sortir des mains du chirurgien. On n'y a point touché depuis, parce qu'on la veut conserver en l'état où elle est, pour le cabinet de M. le duc de Wurtemberg. Elle contient un fœtus très-visible dans la plus grande partie de la moitié supérieure de son corps, le reste est caché. La tête est très-difforme, et la poitrine fort aplatie. Il n'a aucune mauvaise odeur, et cependant ses parties sont encore assez flexibles ; car, s'il était pétrifié, il serait moins étonnant qu'il ne sentît rien. Pour l'enveloppe qui l'enferme, et qui était certainement son placenta, elle est très cartilagineuse, ou même osseuse, et d'une grande dureté, hormis dans l'endroit où elle était attachée à quelque partie du bas-ventre ; là, elle est plus molle, et elle tenait à une chair épaisse et vermeille. M. Camerer prétend, avec beaucoup de raison, que ce fœtus était dans une des trompes, puisque dans le temps que la mère le portait, elle a eu deux enfants, qui ont dû être dans la matrice, et qui ne s'y seraient pas accommodés avec ce frère aîné, assez grand pour la remplir tout entière. La trompe demeurée libre aura fourni le passage aux deux œufs qui sont venus à bien. Le fameux enfant de Toulouse, qui n'a été porté que 27 ans, le cède beaucoup à celui-ci.

Observation XX

(Résumée.)

Histoire d'un enfant tiré du ventre de sa mère après y être resté plus de seize ans, pendant lequel temps sa mère mit au monde quatre autres enfants, qui sont tous nés vivants, par Starkey Middleton (*Phil. transact.* 1747, nº 484, vol. XLIV, p. 617, et Smellie, *Obs. sur les accouch.* trad. par M. de Préville, t. II, p. 92, 1756).

Madame Ball, enceinte en 1731, eut à six mois de grossesse des douleurs d'enfantement sans accoucher. Retour fréquent des douleurs pendant deux ans et demi. Nouvelle grossesse fin janvier 1734 ; accouchement normal le 28 octobre suivant. Le 22 octobre 1735, un deuxième accouchement fut terminé avant que le médecin n'eût eu le temps d'arriver près d'elle. En 1738 et en 1741, deux autres accouchements se firent encore facilement. En 1747, épuisée par ses douleurs, elle mourut. A l'autopsie, on trouve l'utérus sain, un enfant attaché dans la région iliaque droite, à l'iléon et aux membranes voisines. Le pavillon et une portion de la trompe droite étaient le siège du développement fœtal.

Observation XXI

(Résumée.)

Francis Drake (*Trans. philosophiques* 1747; *The Lancet*, 1828, t. II, p. 307).

La grossesse extra-utérine a duré entre trois et quatre ans. Pendant ce temps la malade mit au monde un enfant vivant et à terme, et le fœtus extra-utérin fut ensuite expulsé par un abcès.

Observation XXII

(Résumée.)

(*Transactions philosophiques* 1756, t. I; *The Lancet*, 1828, t. II, p. 307).

Une femme resta enceinte pendant 18 ans. Pendant ce temps, elle mit au monde un autre enfant et finalement fut débarrassée des os et des téguments du premier.

Observation XXIII

(Résumée.)

Deux accouchements pendant une grossesse extra-utérine ancienne qui a duré sept ans (Bœnisch, *Hufeland's Journ. der praktischen Heilkunde* 1821, *Heft*, I, S. 52. — *Arch. f. Gyn.* T. XVII, p. 184).

Sept accouchements antérieurs. Huitième grossesse en 1815, extra-utérine. Retour des règles neuf semaines après le faux travail. Encore deux accouchements en 1817 et en 1819. L'amaigrissement et les douleurs abdominales qui existaient auparavant persistent; urines involontaires, écoulement fétide par le vagin. Un os du crâne perçu au niveau de la voûte vaginale fut enlevé avec presque tout le reste du fœtus. La femme se rétablit.

Observation XXIV

(Résumée.)

Rétention d'un fœtus pendant 35 ans : deux accouchements dans cet intervalle. (Daynac, *Th. Paris*, 1825, p. 16).

Mme Lamiro, mère de trois enfants, eut en 1783 une nouvelle grossesse. Les mouvements fœtaux cessent à six mois. L'abdomen s'affaissa, les règles se manifestèrent. Elle eut encore deux enfants, et jouit de la meilleure santé, éprouvant cependant la sensation d'un corps lourd dans l'abdomen. A l'âge de 77 ans, elle mourut à la suite d'une opération de hernie étranglée. Le

fœtus, situé dans l'excavation pelvienne, était contenu dans l'épaisseur de l'extrémité libre de la trompe droite; l'ovaire droit adhérait à la tête du fœtus.

Observation XXV

(Résumée.)

Deux accouchements normaux pendant une grossesse extra-utérine ancienne, par le Dr Bacchetti Onorato (*Gaz. des Hôpitaux*, 24 oct. 1844).

Marie Petrucci, de Boscolungo (Toscane), 30 ans, mère de six enfants, éprouva au neuvième mois d'une nouvelle grossesse, les douleurs d'enfantement, qui se renouvelèrent encore plusieurs fois pendant quinze jours, sans aboutir à l'expulsion d'un fœtus. Cinq mois après, début d'une grossesse, qui se termina d'une façon heureuse à la fin du neuvième mois. Elle avait eu soin, pendant la gestation, de soutenir le bas-ventre avec un bandage. Environ quatre ans après la grossesse extra-utérine, elle redevint enceinte et accoucha heureusement. Dix mois après, symptômes d'inflammation au niveau de la tumeur abdominale, qui conduisit la femme au tombeau. A l'autopsie, on trouve un abcès entre le kyste et la face inférieure du foie; cet abcès communiquait avec le kyste qui, situé à droite, avait des adhérences avec l'intestin, l'estomac, le bord antérieur du foie, la vessie. Epanchement séro-purulent peu abondant, dans le bas-ventre.

Observation XXVI

(Résumée.)

Grossesse gémellaire intra et extra-utérine combinée. Rétention du fœtus extra-utérin. Grossesse utérine postérieure, par Edward Whinnery (*American Journ. of med. sciences*, avril 1846, p. 351. *Ann. de gynéc.*, janvier 1883, p. 56).

A 21 ans, premier accouchement. Dix-huit mois après, naissance d'un second enfant. Pendant cette grossesse, la femme remarqua la présence d'une tumeur dans le côté droit de l'abdomen, et y sentit des mouvements. Un mois après, douleurs violentes pendant une semaine. Elle redevint enceinte et accoucha d'un troisième enfant. La tumeur du côté droit persista et elle fut encore le siège de mouvements pendant dix-huit mois. Incision sur la ligne blanche; écoulement de trois litres de liquide de couleur noirâtre. Le fœtus sortit un mois après. Guérison.

Observation XXVII

(Résumée.)

JAMES WILL D'ABERDEEN (*Schmidts Jahrb.* 1855, t. 87, p. 215).

En 1844, grossesse extra-utérine. Rétention du fœtus. Deux grossesses en 1851 et 1854. Aprés l'accouchement, on sentait à gauche de la ligne médiane une tumeur mobile, du volume d'une tête d'enfant. En mai 1854, mort à la suite d'une fiévre hectique. Le kyste fœtal, adhérent aux intestins, communiquait avec eux en trois endroits.

Observation XXVIII

(Résumée).

DAVID JOHNSTON (*Gaz. méd. de Paris*, 1857, p. 304).

Mad. T., 28 ans, mére de quatre enfants. En 1846, 5e grossesse ; au terme normal, douleurs d'enfantement, sécrétion de lait ; rétention du fœtus. A la fin de 1847, il restait une tumeur dans la région iliaque gauche. En 1848, nouvelle grossesse, qui va à terme ; accouchement normal. En 1850, des douleurs se manifestent du côté de la tumeur, puis des os de fœtus furent expulsés par le rectum jusqu'en 1853. Guérison.

Observation XXIX

(Résumée).

FABBRI (BOLARD, *Th. Strasbourg*, 1866, p. 52. *Mem. accad. scien. di Bologna*, 1862, XII, 457.)

Femme de Ravenne. Au neuvième mois, douleurs d'enfantement. Six jours aprés, les mouvements fœtaux cessent, mais les lochies continuent pendant huit jours. Pendant deux ans, la femme est toujours souffrante ; mais, après ce temps, elle a trois nouvelles grossesses terminées heureusement. La tumeur était indolore, ne nécessita aucun traitement ; et la malade mourut d'une maladie aiguë, à l'âge de cinquante-cinq ans. A l'autopsie, tumeur occupant le côté droit de l'abdomen, recouverte par les intestins, et libre d'adhérences. Le kyste était formé par la dilatation de la trompe droite et renfermait un fœtus à terme, transformé en lithopédion.

Observation XXX

HÄDERUP (*Nord. med. Arkiv*, t. II, no 13, résumée *in Jahresbericht* 1870, t. II, p. 522).

Aprés une grossesse normale et à terme, des os furent expulsés par le

rectum. Les os appartenaient à un fœtus de quatre mois. La conception du produit extra-utérin, pense Haderup, se fit six mois avant la conception intra-utérine.

Observation XXXI

Polatschek (*Bœhm. œrztl. Corr. Bl.,* déc. 1875).

Deux grossesses régulières existèrent successivement, en même temps que la rétention d'un fœtus extra-utérin.

Observation XXXII

Galli (*Jahresbericht* 1876, t. II, p. 581).

Galli décrit un lithopédion. La femme qui en était atteinte eut, la troisième fois qu'elle devint enceinte, une grossesse abdominale. Le produit de la conception mourut à huit mois et demi. Pendant qu'il était contenu dans l'abdomen, se produisit un accouchement heureux. Trente-sept ans plus tard, la femme mourut à la suite d'un accident, et à l'autopsie on trouva le lithopédion.

Observation XXXIII

(Résumée).

Ribot (*Journ. méd. et chir. prat.* 1877, p. 26).

Une femme de 37 ans est accouchée quatre fois à terme, et a fait une fausse couche en 1870. En septembre 1873, faux travail au terme d'une grossesse extra-utérine. Retour des règles. En avril 1876, accouchement à terme d'un garçon bien portant. Les suites de couches furent simples, et cette femme reprit son travail.

Observation XXXIV.

(Résumée.)

Labatut (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 1877, p. 508).

Accouchement normal en 1868. Deux ans plus tard, signes de grossesse, et douleurs au bout de neuf mois sans résultat. Retour des règles six mois après. En 1875, accouchement normal, après un travail de trois heures, d'un enfant vivant. La femme mourut le 2 mars 1877, de tuberculose. A l'autopsie, on reconnaît une grossesse de la trompe droite.

Observation XXXV

(Résumée).

KJŒNIK (*Norsk. magaz. for Lægevid.* R. 3. Bd. 8, 130).

La femme, âgée de 31 ans, était accouchée deux fois. Au troisième mois d'une nouvelle grossesse, probablement tubaire, rupture. La femme résiste au shock. Le fœtus mourut deux mois après. Deux ans et demi après le début de la grossesse, expulsion d'os par le rectum. Pendant ce temps, deux grossesses normales. Le premier accouchement se fit deux ans après le début de la grossesse extra-utérine, le deuxième six mois après. Un mois après cet accouchement, guérison complète.

Observation XXXVI

TEICHMEYER (MULLER, *Th. Nancy*, 1877, p. 105).

Une femme, après avoir rendu des vidanges fétides, garda son fœtus, puis conçut et accoucha d'un enfant vivant, après lequel le premier fœtus sortit pourri.

Observation XXXVII

(Résumée).

TOUCHARD (*Th.* de MULLER, Nancy, 1877, p. 62).

Marie Bellanger, 24 ans, éprouve des douleurs, au terme normal d'une grossesse, pendant trois jours. Un mois après, écoulement de sang peu abondant par le vagin et expulsion de gros morceaux de viande. Le ventre reste volumineux. Retour des règles quatre mois après le faux travail. Trois ans après, nouvelle conception, terminée heureusement par la naissance d'un enfant superbe. En 1877, il persistait encore au côté droit du ventre une tumeur grosse comme deux poings, mobile, qu'on transporte à volonté dans le haut du ventre.

Observation XXXVIII

HARVEY (*Th.* MULLER, Nancy 1877, p. 104).

Une femme de Londres, après un premier avortement, avait conçu de nouveau, puis accouché à terme ; eusuite avaient été expulsés divers petits os noircis, résidus de sa fausse couche, entre lesquels Harvey reconnut une épine, un fémur, etc..

Harvey, dit Müller, ne pouvait songer à une grossesse extra-utérine, qui était encore inconnue à son époque.

Malheureusement, le travail ne s'effectue pas toujours d'une manière aussi heureuse. La tumeur extra-utérine a, plus d'une fois, créé un obstacle sérieux à l'accouchement ; d'autre part, le travail peut déterminer de graves accidents du côté de la tumeur, par suite des compressions que cette dernière a dû subir.

Occupons-nous d'abord du premier point, c'est-à-dire de l'*obstacle que le kyste extra-utérin peut apporter à l'accouchement* ; et, pour mettre de l'ordre dans cette étude, nous examinerons, comme l'a fait le docteur Lefour (1) à propos de l'influence des tumeurs fibreuses sur l'accouchement, les modifications fâcheuses déterminées par la tumeur fœtale sur chacun des trois facteurs qui doivent être envisagés dans tout accouchement, c'est-à dire : 1° sur le canal pelvi-génital, 2° sur le fœtus, 3° sur les forces expulsives, représentées par les contractions de l'utérus et des muscles abdominaux.

A) ANOMALIES PORTANT SUR LE CANAL PELVI-GÉNITAL

Lorsque la tumeur fœtale qui résulte d'une grossesse extra-utérine ancienne, occupe l'excavation pelvienne, on comprend aisément que le passage d'un fœtus à terme, pourra être gêné. L'obstacle opposé à l'accouchement variera d'intensité suivant la mobilité plus ou moins grande de la tumeur, suivant son volume plus ou moins considérable. Si elle est mobile, elle pourra, grâce à un glissement spontané, ou grâce à des manœuvres employées par l'accoucheur, être repoussée au-dessus du détroit supérieur, et ne plus être un obstacle à

(1) *Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement.* Thèse d'agrégation, Paris, 1880.

l'expulsion du fœtus. Mais si elle est adhérente. on se trouve, au point de vue de la marche de l'accouchement, dans les mêmes conditions que s'il s'agissait d'une tumeur solide quelconque, adhérente aux parois de la cavité pelvienne, qui rétrécirait plus ou moins les diamètres de cette cavité. A-t-on affaire à un kyste de petit volume, qui détermine un rétrécissement peu considérable, les contractions utérines pourront parfois triompher de l'obstacle, et le fœtus pourra être expulsé après un travail plus ou moins long. D'autres fois, au contraire, la disproportion entre les diamètres du bassin ainsi modifiés et les diamètres fœtaux, est trop considérable ; l'accouchement spontané est impossible, et alors ce ne sera plus qu'à l'aide d'opérations plus ou moins graves, que la femme pourra être délivrée. L'application du forceps ou la version, la céphalotripsie, l'opération césarienne même, pourront devenir nécessaires, si l'on n'a pas pris le soin de provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré.

On a déjà vu plus haut, dans le cas rapporté par Gordon, (Obs. VIII) un exemple de canal pelvien obstrué par un kyste fœtal ; le produit de conception intra-utérin n'a pu être expulsé par les voies naturelles, qu'après l'extirpation de la tumeur qui obstruait les voies génitales.

On verra, dans une des observations suivantes (Obs. XLIV), que la tumeur extra-utérine a réduit à 27 millimètres la longueur du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur ; ce n'est que grâce à la provocation de l'avortement, que l'expulsion du fœtus intra-utérin a pu se faire par les voies naturelles. Dans un autre cas (Obs. XLIII), on a constaté la procidence du cordon ombilical, à laquelle le rétrécissement occasionné par la tumeur n'est peut-être pas resté étranger.

Observation XXXIX

Rétrécissement du bassin par une tumeur (kyste fœtal ?) — Céphalotripsie lors d'un accouchement postérieur. STEIN le jeune (*Annales*, 1re partie, p. 67) rapportée par PUCHELT (*De tumor. in pelvi partum impedientibus*, 1840, p. 172).

Une femme, primipare, agée de 40 ans, mariée depuis 20 ans, demanda les secours de Stein en raison de la gêne qu'elle éprouvait pendant sa grossesse et pour une tumeur située dans le bas-ventre. Stein trouva dans le côté droit une tumeur longue de huit pouces. Explorant ensuite par le vagin, il trouva un corps arrondi, présentant des tubérosités, qui repoussait le fond du vagin à droite ; mais il ne put atteindre l'orifice du col. La femme souffrait de douleurs dans la région sacrée, de faiblesse du bras et de la cuisse droite. Quatre mois après, les douleurs commencèrent ; et, par l'orifice dilaté, on trouva la tête d'un enfant. La tumeur solide et immobile extra-utérine occupait la moitié postérieure de l'excavation pelvienne, recouvrait le sacrum. Comme l'enfant était mort, Stein termina l'accouchement par la perforation et l'extraction à l'aide des mains ; mais la tumeur extra-utérine ne changea pas. Stein pense que cette tumeur provient d'une grossesse ovarique, et la croit formée par un ovaire dégénéré.

Observation XL

Rétrécissement du bassin par une tumeur résultant probablement d'une ancienne grossesse tubaire. Grossesse postérieure. Accouchement impossible. Mort. — CHAMBRY DE BOULAYE (PUCHELT *Comment. de tum. in pelvi partum imped.*, 1840, p. 155. — DANYAU, *Arch. de méd.*, troisième série, t, XIII, p. 476).

Une femme de 36 ans, mariée depuis deux ans, qui avait été bien portante pendant toute sa grossesse, et qui était en travail depuis dix jours, n'avait pu être délivrée par les chirurgiens appelés auprès d'elle. Les parties génitales et la partie supérieure interne des cuisses étaient gangrénées. Le bassin était occupé par une tumeur dure, ronde, inégale. Le vagin était perforé, la tête de l'enfant en putrilage. La mort eut lieu peu d'instants après la visite de Chambry. On trouva, à l'autopsie, la trompe droite occupée par une tumeur de près de 9 pouces de circonférence, du poids de dix-sept onces. Les membranes qui la recouvraient étant enlevées, on reconnut qu'elle était osseuse.

Il est probable, dit Danyau, que c'était une ancienne grossesse tubaire. Puchelt est moins affirmatif : « Je croirai,

dit-il, que cette tumeur a pour origine une sécrétion pathologique ; car un lithopédion aurait pu difficilement se produire chez une femme jeune, mariée depuis deux ans. »

Observation XLI

(Résumée).

Grossesse extra-utérine. Grossesse utérine postérieure ; accouchement lent, par suite de la présence de la tumeur extra-utérine dans le bassin. Enfant mort. — YARDLEY (*Gaz. méd. Paris,* 1847, p. 162).

En 1830, enceinte pour la première fois, à l'âge de 30 ans, la femme est parvenue sans accidents presque au terme de la grossesse. Elle fit alors une chute, qui fut suivie de douleurs abdominales ; mais il n'y eut pas de véritables douleurs expulsives, ni d'écoulement par le vagin. Au bout d'un an, retour des règles, amélioration de la santé. En 1834, elle redevient enceinte, et un médecin qui l'accoucha alors, avait fort bien reconnu la présence d'un fœtus extra-utérin dans la cavité abdominale ; la tête de celui-ci avait occasionné un obstacle sérieux, à la sortie de la tête du second enfant, en glissant dans le bassin, lors du travail. Cependant la parturition finit par s'accomplir : elle mit au monde un garçon, mort, mais bien développé. La convalescence fut prompte et heureuse. Depuis cette époque, elle devint de nouveau enceinte deux ou trois fois, mais toujours elle avorta au deuxième ou au troisième mois. Sa santé, du reste, se maintint bonne jusqu'en août 1844. A cette époque, fièvre hectique, puis expulsion par le rectum de pus, d'os appartenant à un fœtus. En 1845, un abcès s'ouvrit au périnée et donna également passage à des os. La femme se rétablit.

Observation XLII

HUGENBERGER (*Bericht über die Vorkommnisse in dem Hebammeninstitute zu Petersburg* 1845-1859, analysé *in Monatsch. f. Geburstskunde*, 1863, p. 237).

Le lithopédion provenant d'une grossesse extra-utérine rétrécissait tellement le bassin, que *l'opération césarienne* dut être pratiquée. Enfant vivant. La mère mourut le sixième jour. Le fœtus ossifié était situé dans un kyste long de neuf cent. et demi, large de six cent. et demi, épais de cinq cent. et demi.

Observation XLIII

Répulsion du fœtus extra-utérin au-dessus de l'excavation, pendant l'accouchement d'un fœtus intra-utérin. Provocation de l'accouchement prématuré, lors d'une grossesse ultérieure. E. Day (*Jahresbericht* 1865).

Au sixième accouchement, on trouva dans l'espace recto-vaginal une tumeur qui fut repoussée en haut. Plus tard, deux avortements. Pendant la neuvième grossesse, l'accouchement prématuré fut provoqué au 8e mois. Il se passa bien, mais l'enfant mourut (chute du cordon). Le placenta, fortement adhérent, dut être extrait. Après des hémorrhagies répétées, la femme mourut au bout de trois jours. Dans l'espace de Douglas, on trouva un fœtus de trois mois et demi, enfermé dans une poche mince, suspendue au péritoine et au côté droit du rectum. Dans la moitié externe de la trompe droite, existait une tumeur, qui était un thrombus organisé avec les restes des membranes.

Observation XLIV

Rétrécissement considérable du bassin par un kyste fœtal. Provocation de l'avortement, dans le cours de cinq grossesses postérieures. Après le dernier avortement, péritonite, mort. Bossi (*Schmidts Jahrb.* 1869 et 1875).

Quatre grossesses antérieures. Cinquième grossesse en 1865; à terme, fin octobre, se produisent des douleurs sans résultat. A ce moment, on sentit à travers la paroi abdominale une tumeur constituée par le fœtus. Le bassin sembla normal. La cavité du petit bassin était remplie à moitié par une tumeur immobile, grande comme une tête d'enfant, dure; on pouvait à peine introduire un doigt entre cette tumeur et la partie postérieure du pubis.

En avril 1866, retour des règles. Fin octobre 1866, après que les règles eurent manqué 3 fois, le 24 janvier 1867, après qu'elles eurent manqué 2 fois, hémorrhagie intense avec fortes douleurs. Pas de traces d'œuf dans les produits expulsés. Cependant l'avortement sembla être la cause de ces hémorrhagies, vu la persistance d'un écoulement lochial pendant quelques jours. Le 11 février 1868, Bossi apprend que les règles ne sont pas revenues depuis le 30 septembre 1867, et que la femme sent des mouvements depuis quinze jours. Le fœtus extra-utérin était dans la situation qu'il avait occupée autrefois, mais était poussé un peu plus à gauche. En présence de cette grossesse intra-utérine, qui durait depuis 19 à 20 semaines, Bossi se décida à provoquer l'avortement. L'accouchement, en effet, aurait été impossible par la voie normale, si la grossesse avait duré plus longtemps, puisqu'il y avait à peine un espace de 27 mill. entre la tête du fœtus extra-utérin plongeant dans le petit

bassin et la face postérieure du pubis. On introduisit, le 25 février, une tige de laminaria dans le col : douleurs lombaires, insomnie, pouls fréquent. Introduction d'une bougie, qui produisit de fortes douleurs. Le 27 février au matin, rupture des membranes ; le même soir, expulsion d'un fœtus du sexe masculin, long de 27 cent. ; après une nouvelle contraction utérine, vint le placenta. Le fœtus, dont on avait encore senti les mouvements le jour précédent, présentait déjà des signes assez intenses de macération. Le crâne était aplati, de manière à avoir transversalement 13 millim. Suites de couches bonnes. Après les couches, pas de changement dans la situation du fœtus extra-utérin.

Comme le lithopédion qui rétrécissait la filière pelvienne ne s'était pas amoindri pendant les quatre années suivantes, on provoqua quatre fois, de 1869 à 1871, l'avortement entre la 8e et la 20e semaine. Quelques jours aprés le dernier avortement, la femme tomba malade d'une péritonite, avec fièvre intense et frissons ; écoulement par le rectum d'un liquide à odeur infecte. La colpotomie fut refusée ; il survint une fièvre hectique, et la malade expira au mois d'avril 1872.

A l'autopsie, on trouva derrière l'utérus, un kyste du volume d'une tête, pyriforme, s'élevant au-dessus de l'utérus de 11 cent., et adhérant en plusieurs points aux organes voisins. Ses parois étaient revêtues de matière calcaire. Il s'y trouvait un fœtus dont les parties molles étaient en partie intactes, en partie transformées en une masse jaunâtre ; des os étaient dénudés. Le fœtus semblait être âgé de huit mois. Le kyste communiquait avec le rectum par une ouverture arrondie, d'un diamètre de 5 1[2 cent., et qui était située à 8 cent. au-dessus de l'anus. Onze cent. au-dessus, on trouve une deuxième communication plus petite, par laquelle sont engagées des parties fœtales. On ne distinguait plus ni placenta, ni cordon. L'ovaire gauche était situé contre la paroi antérieure du kyste ; ovaire droit ratatiné, trompe et utérus normaux.

Observation XLV

CHESTON (*Transactions médico-chirurgicales*, t. V).

Une femme de 25 ans, Jane Hawer, déjà mère, se trouva sur le point d'accoucher dans l'été de 1795 ; mais le travail n'aboutit pas. Elle avait perdu des eaux sanguinolentes, qui continuèrent à couler par intermittence pendant 15 mois. Les régles reparurent en 1799. Redevenue enceinte en 1800, elle ne put accoucher ; il fallut arracher l'enfant avec les crochets ; c'est à la suite de cette opération, qu'elle rendit des matières très-fétides avec les os du premier fœtus. L'autopsie ne put être faite.

Les règles reparurent, dit Müller (1), et elle redevint enceinte. Il est évidemment impossible que le premier fœtus se soit trouvé dans l'utérus.

B) ANOMALIES DANS LA SITUATION DU FŒTUS

Les grossesses extra-utérines anciennes peuvent-elles déterminer une présentation défectueuse du fœtus intra-utérin? Les faits sont peu concluants à cet égard ; nous n'avons pu trouver que deux observations dans lesquelles la présentation du fœtus, n'ait pas été celle du sommet. Nous avons déjà cité le cas de M. Stoltz (Obs. XIV), dans lequel il y eut, lors d'un premier accouchement, une présentation de l'épaule, et la deuxième fois une présentation du siège. Il nous reste à relater l'observation suivante, qui est également très-intéressante.

Observation XLVI

LAUGIER (Obs. rapportée par Guillemot dans *Arch. de méd.* 1re série, t. XXVIII, p. 232).

Laugier rapporte qu'il fut appelé pour accoucher une femme, chez laquelle le bras de l'enfant était hors de la vulve depuis trente-six heures. Après avoir heureusement terminé l'accouchement et délivré la femme, il sentit sous sa main gauche appliquée sur le bas-ventre, un corps résistant et assez volumineux. Incertain si c'était une môle ou un autre enfant resté dans la cavité de la matrice, il porta la main dans cet organe, et la dirigea vers le lieu où la main gauche lui indiquait le corps. Il rencontra l'embouchure de la trompe droite, dont l'orifice se trouvait suffisamment dilaté poury introduire un doigt, au moyen duquel il s'assura de la présence d'une môle, nichée dans la cavité de la trompe. En promenant le doigt tout autour, il la trouva fort rénitente, lisse, quoique un peu inégale ; elle lui parut avoir près de deux pouces de diamètre. Laugier eût désiré en faire l'extraction; mais la femme s'y refusa constamment, parce que ce corps, à une pesanteur près, ne lui avait jamais causé

(1) *Loc. cit.* p. 97.

aucune incommodité. Elle lui raconta que, il y avait environ trois ans, étant mère de trois enfants, elle avait eu les mêmes symptômes qu'elle avait éprouvés dans les cinq premiers mois de ses grossesses, avec cette différence seulement que la grosseur de son ventre lui avait paru être un peu plus du côté droit; que dans ce point, après le quatrième mois, elle avait senti bien distinctement, et pendant plus de trois semaines, le mouvement d'un enfant; que ce mouvement ayant cessé, le volume du ventre avait ensuite diminué de moitié; qu'elle ne s'était pas aperçue que cette tumeur eût fait d'autres progrès, et que c'était le second enfant dont elle était accouchée depuis.

Si on ne peut pas tirer de conclusion de ces faits trop peu nombreux, le raisonnement suffit pour montrer que les tumeurs fœtales peuvent quelquefois déterminer une situation vicieuse du fœtus, en apportant à la forme normale de la matrice une modification qui force le fœtus de s'y accommoder d'une façon fâcheuse. D'autre part, le kyste fœtal rétrécissant le bassin, il est évident qu'il y aura prédisposition aux présentations vicieuses, comme lorsqu'il s'agit d'un rétrécissement du bassin par rachitisme ou par toute autre cause. Le fœtus, ne pouvant s'engager dans l'excavation, n'est pas fixé et peut changer de situation à chaque instant, de telle sorte qu'au moment de la rupture des membranes, il pourra naturellement être surpris dans une présentation transversale.

A propos de l'influence des grossesses extra-utérines sur la situation du fœtus intra-utérin, nous citerons l'observation que nous avons recueillie dans le service de M. le professeur Herrgott, et dans laquelle la situation du fœtus a présenté d'intéressantes particularités. Le fœtus intra-utérin, dans ce cas, s'est présenté par le sommet, en *position iliaque gauche postérieure* ; comme le mouvement de rotation interne tardait trop à s'effectuer, on a dû terminer l'accouchement à l'aide du forceps. Le kyste extra-utérin a-t-il été la cause de cette position du fœtus ? C'est une question difficile

à résoudre. Cependant, on sait que la position iliaque gauche postérieure est assez rare (8 cas sur 3491 présentations crâniennes d'après Nægele), et on peut se demander si la tumeur fœtale n'a pas eu quelque influence sur cette situation du fœtus, et si elle n'a pas été un obstacle à la rotation interne.

Observation XLVII

(Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le professeur Herrgott.

Grossesse extra-utérine ancienne. Grossesse intra-utérine postérieure, normale. Accouchement en présentation du sommet, position iliaque gauche postérieure. Absence du mouvement de rotation interne. Forceps. Enfant vivant. Suites de couches bonnes.

La nommée Christine F..., femme W..., née à Rietheim (Wurtemberg), âgée de 30 ans, entre à la Maternité de Nancy le 1er mai 1883.

D'une taille élevée, d'une constitution moyenne, elle dit avoir toujours joui d'une bonne santé.

Elle fut réglée pour la première fois à l'âge de dix-huit ans. Depuis cette époque, les règles sont revenues tous les mois, ont duré chaque fois pendant trois à quatre jours ; elles n'étaient accompagnées d'aucun malaise.

Elle fut *enceinte pour la première fois en 1875.* La grossesse fut normale. Comme malaises sympathiques, elle a eu quelques nausées, a vomi une seule fois, à la fin du premier mois de la grossesse. L'accouchement se fit à terme, au mois de janvier 1876 ; il ne présenta rien de particulier. Les suites de couches furent normales. L'enfant, du sexe masculin, mourut à l'âge de six mois, de convulsions ; il avait été nourri par sa mère.

Les règles revinrent huit semaines après la cessation de l'allaitement.

Elle devint *enceinte pour la seconde fois* en 1879. La grossesse ne présenta rien de particulier : quelques nausées, un vomissement au début. Pas de varices, pas d'œdème des membres inférieurs. Elle accoucha à terme, au mois d'août 1879, d'un garçon, qui vit encore, qui fut allaité par sa mère pendant vingt-un mois. Suites de couches bonnes.

Les règles revinrent quatre semaines après que la femme eut cessé d'allaiter son enfant. Elle fut réglée deux fois, puis commença la *troisième grossesse* (*grossesse extra-utérine*). Les dernières règles apparurent au mois de juin 1881. Pendant les trois premières semaines qui suivirent la

suppression des règles, elle n'éprouva rien de particulier, si ce n'est un peu d'inappétence, quelques nausées. A partir de la troisième semaine, elle fut prise à trois reprises différentes, et chaque fois à trois semaines ou quinze jours d'intervalle, de fortes douleurs à la région hypogastrique et à la région inguinale droite. Ces douleurs, que la femme compare aux douleurs d'accouchement, duraient chaque fois pendant une heure ; elles étaient accompagnées d'une sensation de chaleur à la face, de sueurs abondantes, et étaient suivies d'une grande fatigue. Dans l'intervalle de ces douleurs, elle continua à s'occuper de son ménage, mais elle ressentait, lorsqu'elle marchait rapidement, de légères douleurs siégeant au côté droit du bas-ventre, au-dessus de l'aine droite. Il n'y avait pas de sensibilité à la pression, à ce niveau ; pas d'écoulement sanguin par les parties génitales, pendant tout ce temps.

Au bout du troisième mois de la grossesse, toute douleur disparut et la femme se porta bien.

Dans la quinzième semaine, elle perdit pendant une nuit un liquide séro-sanguinolent, rosé, mais moins abondant que ce qu'elle perdait au moment de ses règles. Elle n'expulsa ni caillot, ni caduque. Aucune douleur n'a accompagné cette perte.

Rien de particulier à noter jusqu'à la vingtième semaine. A cette époque, elle commença à sentir les mouvements de l'enfant, qui étaient perçus à droite, en haut aussi bien qu'en bas. Pendant les huit premiers jours, les mouvements fœtaux déterminèrent de la douleur.

Tout alla bien ensuite, jusqu'à deux mois avant le terme normal de la grossesse. A ce moment, c'est-à-dire au début du mois de février 1882, elle ne sentit plus les mouvements fœtaux. Le jour même où ces mouvements avaient cessé, la femme ressentit des douleurs lombaires peu intenses pendant une heure environ. Elle eut en même temps une sensation de froid, mais elle se rétablit très-rapidement et put reprendre ses occupations au bout de quelques heures.

Trois ou quatre jours après, elle remarqua une tension des seins ; il s'écoula un peu de lait. Cet état cessa spontanément, au bout de huit jours environ.

Cinq semaines aprés la cessation des mouvements fœtaux, elle eut, pendant trois semaines, des pertes de sang plus abondantes que si elle avait eu ses règles. Elle ne s'alita pas, n'éprouva aucune douleur ; elle n'expulsa pas de caduque.

Un médécin, qu'elle alla consulter, lui dit que l'enfant n'était pas placé dans sa situation normale, et qu'il ne pouvait pas le chercher, puisqu'elle n'avait pas de douleurs.

Quelques jours après que l'hémorrhagie eut cessé, apparurent au-dessus de

la branche horizontale droite du pubis, des élancements douloureux, qui persistèrent pendant trois jours.

Un mois aprés, elle fut réglée pendant trois jours, et depuis cette époque elle a eu ses règles tous les mois, jusqu'en juillet 1882. Le ventre a diminué de volume, depuis le jour où les mouvements fœtaux ont disparu ; le fœtus formait une tumeur, logée d'abord dans le flanc droit, mais qui depuis cinq mois environ se trouve dans le flanc gauche.

Elle *redevint enceinte* au mois d'août 1882. Dernières règles, fin juillet et commencement août. Les premiers mouvements du fœtus furent perçus le 25 décembre 1882. Comme phénomènes sympathiqnes de la grossesse, quelques nausées au mois de septembre, un seul vomissement. Depuis la fin du mois de septembre, la digestion a été bonne, l'appétit excellent. Les selles sont régulières.

La respiration n'a pas été gênée pendant tout le cours de la grossesse. Elle a eu de fréquentes envies d'uriner, comme du reste pendant les grossesses précédentes.

Il n'y a pas eu de douleurs, ni dans l'abdomen, ni dans les membres inférieurs.

Au moment de son entrée à la Maternité, il existe un peu d'œdème au pourtour des malléoles. Pas de varices, pas d'œdème sus-pubien. Pas d'albumine dans les urines.

Exploration, 3 mai 1883. — On trouve dans la partie supérieure de la fosse iliaque gauche et au-dessus de cette fosse une tumeur dure, très-résistante, à bords mousses, qui présente à sa surface quelques inégalités. C'est la tumeur qui s'est développée pendant la grossesse extra-utérine. Son bord interne est représenté par une ligne à peu près droite, partant à 4 centimètres en-dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et allant de là obliquement en haut et en dehors pour s'arrêter à un travers de doigt au-dessous des fausses-côtes et à 4 centimètres plus en dehors qu'à son point de départ. La longueur de cette ligne est de 11 centimètres. En haut, la tumeur s'arrête à un travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes. En bas, sa limite est indiquée par une ligne réunissant les deux épines iliaques antérieures et supérieures. Ses limites postéro-externes ne peuvent être précisées, à cause de la résistance de la paroi abdominale postérieure.

L'utérus a une forme régulière ; il est légèrement incliné à droite. Son fond atteint l'épigastre, et la partie moyenne de ce fond se trouve à quatre travers de doigt en dehors de la ligne blanche. Le bord gauche de l'utérus semble en en contact avec l'extrémité inférieure de la tumeur qui occupe la fosse iliaque ; mais il s'en sépare aussitôt, et à sa partie supérieure, il en est distant de dix centimètres.

La palpation pratiquée au-dessus des branches horizontales du pubis y révèle la présence d'un corps dur, arrondi, présentant un certain degré de mobilité, et qui semble être une tête. Dans la partie supérieure et droite de l'utérus, on constate l'existence de petites parties. L'utérus est résistant à gauche, tandis qu'à droite il est dépressible.

Le maximum des battements redoublés se trouve à gauche, un peu au-dessous de l'ombilic, et à six centimètres en-dehors de la ligne blanche. Souffle utérin sur une ligne réunissant l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche.

Par le toucher, on constate que le col est en arrière et un peu à gauche. Il est ramolli, présente une longueur d'un centimètre environ; il est ouvert, échancré. Un corps dur, arrondi, qui semble être la tête du fœtus intra-utérin, occupe seul le détroit supérieur. Cette tête est peu engagée.

Les seins sont petits, mais fermes; les mamelons sont bien conformés. Par la pression exercée au-dessous des mamelons, on fait sortir un liquide lactescent.

Accouchement. — Les premières douleurs se font sentir le 12 mai 1883, à 4 heures du soir.

A sept heures du soir, on examine la parturiente, et on trouve une dilatation presque complète du col. La poche des eaux est volumineuse, la tête est légèrement engagée dans l'excavation.

Les battements redoublés sont à gauche.

Les contractions utérines sont normales. A neuf heures, elles deviennent très-fortes; la poche des eaux fait saillie à la vulve. On la rompt et on trouve la tête plongeant dans l'excavation. La grande fontanelle répond à la partie supérieure de la branche ischio-pubienne droite; la petite fontanelle est en arrière et à gauche.

A neuf heures et demie, vu la situation fixe de la tête et l'énorme bosse sanguine, on fait appeler le chef de clinique, M. le docteur Remy, qui constate à son arrivée que les battements redoublés sont ralentis. Il se décide à terminer l'accouchement par une application de forceps. L'occiput fut dégagé en arrière; il n'y eut pas de déchirure du périnée. Le cordon enroulé autour du cou fut facilement dégagé. L'enfant a bien respiré.

Délivrance normale. Pas de seigle ergoté; pas d'hémorrhagie.

Taille de l'enfant	50	centim.	»
Longueur des pieds à l'ombilic	23	»	»
Diamètre bipariétal	9	»	5
» occipito-frontal	12	»	»
» occipito-mentonnier	13	»	5
» sous-occipito-bregmatique	10	»	»

Suites de couches. — La tumeur fœtale extra-utérine conserve, le premier jour de la puerpéralité, la situation qu'on avait observée quelques jours avant l'accouchement, c'est-à-dire qu'elle occupe le flanc gauche et la partie supérieure de la fosse iliaque gauche.

Le second jour, on la trouve dans l'hypocondre gauche ; puis elle se dirige de plus en plus à droite; et le quatrième jour, elle occupe l'hypocondre droit et la région épigastrique. A partir de ce moment, elle descend vers la région hypogastrique, mais sa position varie, suivant le décubitus de la femme ; lorsque celle-ci se met dans le décubitus latéral droit, la tumeur se place dans la région iliaque et le flanc droits ; lorsqu'elle se couche dans le décubitus latéral gauche, c'est vers le côté gauche que le kyste fœtal se dirige.

La tumeur a pu être mieux délimitée pendant la puerpéralité, que pendant la grossesse. Elle avait une forme ovoïde ; son plus grand diamètre mesurait 23 centimètres, tandis que le petit axe de l'ovoïde mesurait 7 centimètres. Sa consistance, très dure, était semblable à celle de la pierre ; on sentait quelques inégalités à sa surface.

L'involution de la matrice s'est faite normalement. Le treizième jour de la puerpéralité, on ne sentait plus l'utérus au-dessus du pubis.

L'abdomen n'a jamais présenté aucune sensibilité.

Les lochies n'ont rien présenté de particulier.

L'appétit a toujours été bon, la digestion facile. On dut employer des lavements, l'huile de ricin, pour triompher d'une constipation qui fut observée à plusieurs reprises.

La température est restée normale, le pouls lent (64 à 40 pulsations par minute).

La sécrétion lactée fut abondante. L'enfant a prospéré, pendant tout le temps de son séjour à la Maternité.

L'accouchée sort de la Maternité le 29 mai (17e jour de la puerpéralité).

Le 10 juin, nous la revoyons ; elle se plaint de ne pas avoir eu de selle depuis le 30 mai. L'appétit est toujours resté bon.

Elle a perdu en rouge pendant huit jours, depuis qu'elle est sortie de la Maternité.

A l'examen de l'abdomen, on trouve la tumeur fœtale à droite de la ligne blanche, et dirigée obliquement en haut et à droite. Son extrémité inférieure arrive jusqu'au bord supérieur du pubis. Elle est très mobile. Les sensations qu'elle donne à la palpation, diffèrent de celles qu'on percevait dans les examens antérieurs. Son extrémité supérieure est arrondie, lisse et semble formée par une tête. L'extrémité inférieure est moins volumineuse que la supérieure, et n'est point arrondie. Près de cette extrémité, on sent une saillie assez volumi-

neuse, qui semble formée par un membre inférieur fléchi. Vers la partie moyenne du kyste fœtal, on perçoit de petites inégalités.

Dans la fosse iliaque gauche, existe une tumeur molle, formée probablement par les matières fécales accumulées dans le colon.

Le 26 juillet, la femme nous apprend que la constipation a cédé sous l'influence de 25 grammes d'huile de ricin, et que, depuis ce moment, les selles ont été normales.

C) ANOMALIES DANS LES FORCES QUI ACCOMPLISSENT L'ACCOUCHEMENT.

Ces forces sont représentées, avons-nous dit, par les contractions de l'utérus et des muscles abdominaux. Nous ne parlerons pas des contractions de ces derniers, sur lesquelles les grossesses extra-utérines ne sauraient avoir grande influence.

Les contractions de l'utérus peuvent être altérées de plusieurs manières par le kyste fœtal extra-utérin. En effet, supposons que ce dernier, siégeant dans l'excavation, ait produit une obstruction notable du bassin ; si on laisse le travail se prolonger, la matrice finira par s'épuiser contre l'obstacle qu'elle ne peut surmonter, et l'utérus, épuisé, s'arrêtera inerte. Ou bien, au contraire, cet obstacle excitera, à un haut degré, la contractilité de l'utérus, qui se contracturera.

Ces états pathologiques pourront aussi être observés alors que le fœtus sera saisi transversalement, la présentation de l'épaule étant la conséquence de la présence de la tumeur abdominale.

Si la tumeur a déterminé une déviation utérine, ainsi que cela est arrivé dans plus d'un cas, les contractions utérines pourront avoir pour effet de pousser le fœtus vers l'une des fosses iliaques ou contre une branche horizontale du pubis, d'où longueur indéterminée du travail.

Le kyste fœtal est-il adhérent à la face externe de l'utérus, on conçoit encore que les contractions utérines soient altérées.

Les anomalies dans les contractions utérines peuvent, on le voit, avoir une origine variée. Peut-être, dans le cas suivant, l'accouchement a-t-il été ralenti par une déviation des contractions utérines ; il n'y est pas fait mention de rétrécissement du bassin, ni de situation vicieuse du fœtus : la matrice semble avoir été seule en cause.

Observation XLVIII

(Résumée).

Berghes et Albers (*Monatschr. f. Geburtsk.*, t. XVII, p. 46).

La femme, à sa mort, était âgée de 34 ans, et avait porté depuis huit ans un lithopédion. Pendant ce temps, elle est accouchée de quatre enfants.

Mariée à 25 ans, elle devint enceinte un an après. Au sixième mois de la grossesse, elle tomba sans connaissance ; puis survinrent de fortes douleurs pendant neuf jours. Le dixième jour, elle expulsa un caillot. Il existait une grosse tumeur, dure, près de la hanche gauche. Retour des règles, un mois après. Après plusieurs périodes menstruelles, nouvelle grossesse, qui se termina, après un *accouchement long et douloureux*, par la naissance d'une fille à terme, qui a vécu jusqu'à cinq ans. Qinze mois après cet accouchement, la femme donna le jour à un garçon, qui vit encore. Elle accoucha ensuite, dans un espace de 15 à 18 mois, d'un garçon qui mourut jeune, et enfin d'une fille qui a 3 ans et demi. Pendant chaque grossesse, la tumeur du côté gauche se dirigeait en avant, de sorte que dans le dernier mois on pouvait même la voir. La femme mourut d'une fièvre hectique ; elle avait en même temps une ascite. A l'autopsie, on trouva un lithopédion devant le colon descendant ; il avait une longueur de quatre pouces et demi.

Dans l'observation suivante, l'accouchement a été long, et dut être terminé par le forceps; le volume énorme du fœtus semble avoir été l'unique cause du ralentissement du travail.

Observation XLIX

(Résumée).

Dahlmann (*Arch. f. Gynœk.*, t. XV, 1880, p. 128).

La femme Weidner, 30 ans, vint en mai 1877 à la clinique, se disant enceinte depuis douze mois. Elle avait eu ses dernières règles en mai 1876. Au début du mois de mars 1877, douleurs d'enfantement, hémorrhagies. Cessation de l'écoulement au bout de six semaines. On diagnostique grossesse extra-utérine.

En août 1877, les règles ne reviennent de nouveau plus. A un nouvel examen, le 21 mai 1878, on trouve deux tumeurs ; l'une, constituée par l'utérus gravide, est située à gauche ; l'autre, formée par le kyste fœtal extra-utérin, se trouve à droite, et mesure 22 centimètres de longueur et transversalement.

Le 29 mai, à 7 heures du matin, début des douleurs ; écoulement des eaux au même moment. Le reste de l'accouchement fut heureux. A 10 heures du soir, dilatation du col presque complète ; la tête était en première position. Pendant la nuit, lenteur de l'accouchement. Comme le travail n'avait fait que peu de progrès dans les douze dernières heures, malgré l'intensité des contractions, on termina par une application de forceps. L'influence de la tumeur sur les contractions utérines, se fit sentir pendant la délivrance. On ne put extraire le placenta immédiatement après l'accouchement, par des manœuvres externes ; ce n'est qu'au bout d'une heure et demie, qu'il fut expulsé spontanément, avec hémorrhagie abondante, syncope. L'enfant pesait 5,300 gr. Taille : 54 cent. Diam. bipariétal : 10 1/2 cent. Poids du placenta : 1000 grammes. Suites de couches normales.

L'action des grossesses extra-utérines anciennes sur l'accouchement étant étudiée, quelle est *l'influence de l'accouchement sur le kyste fœtal ?* Barnes et Parry ont appelé l'attention sur ce point, et ont montré l'influence fâcheuse que le travail peut avoir sur ces tumeurs. « L'utérus gravide, dit Barnes (1), peut comprimer le sac fœtal et amener un malheur. Mais l'accouchement lui-même est particulièrement dangereux ; pendant l'expulsion du fœtus, la poche extra-utérine est exposée à une forte compression. Il se peut que

(1) *Traité clinique des maladies des femmes*, trad. Cordes. 1876, p. 372.

le kyste soit fixé près du détroit supérieur et constitue un obstacle à l'accouchement. L'histoire d'un grand nombre de cas prouve que l'accouchement a réveillé le mal dormant et amené la mort. » En effet, si le kyste fœtal occupe le canal pelvi-génital, le fœtus intra-utérin, poussé par les contractions de la matrice, viendra exercer sur lui une compression, qui pourra avoir pour résultat une déchirure de la poche ou la rupture de ses adhérences. Si ces adhérences fixent la tumeur contre la paroi utérine, leur rupture sera presque certaine à la fin de l'accouchement, au moment où la matrice diminuera brusquement de volume. Qu'il y ait compression, déchirure de la poche, ou rupture d'adhérences, l'état de la femme pourra devenir grave par l'un ou l'autre de ces accidents ; une inflammation de la poche ou des parties voisines sera presque inévitable. Le plus souvent, la marche de l'accouchement n'en est pas troublée ; et ce n'est ordinairement que pendant les suites de couches, que leurs conséquences se manifestent. Nous reviendrons, du reste, sur cette question, dans le chapitre suivant, dans lequel nous nous occupons de la puerpéralité.

4. Influence des grossesses extra-utérines anciennes sur la puerpéralité.

Lorsque l'accouchement est terminé, tout danger n'a pas disparu ; la femme entre dans une nouvelle période, désignée sous le nom de puerpéralité ou de suites de couches, pendant laquelle de graves symptômes peuvent encore se manifester. Dans la majorité des cas, il est vrai, cette période se passe d'une façon tout à fait physiologique. Les observations que nous avons déjà relatées contiennent les faits de ce genre. Il ne nous reste plus maintenant qu'à analyser les cas dans lesquels les suites de couches ont présenté un caractère pathologique.

L'*hémorrhagie* est un accident qui semble peu fréquent. Nous n'avons pu en trouver que deux cas. Dans l'un, cité plus haut (Obs. XLIII), et dans lequel l'hémorrhagie a entraîné la mort de l'accouchée, il serait téméraire, croyons-nous, de vouloir attribuer uniquement cette complication à l'influence de la grossesse extra-utérine. Dans l'autre cas, que nous allons rapporter, l'hémorrhagie était due à l'inertie utérine.

Observation L

(Résumée).

Grossesse extra-utérine? tubaire? ou tubo-ovarienne? P. U. Walter (*Monatschr. f. Geburtsk.* 1861, t. XVIII, p. 201).

Femme de 28 ans ; quatre accouchements antérieurs. Cinquième grossesse (dernières règles au début d'octobre 1829). En novembre, douleurs dans la région de l'aine droite, qui obligent la femme à s'aliter. On ne trouva pas de tumeur dans l'abdomen. Le 27 décembre, écoulement subit de sang par les

parties génitales ; les douleurs augmentèrent d'intensité ; en même temps, des membranes et des corps durs, opaques, du volume d'une tête d'épingle, furent expulsés. L'écoulement continua pendant tout le mois de janvier 1830. L'orifice externe du col laissait pénétrer l'extrémité du doigt. Il se produisit une fièvre hectique ; amaigrissement. Peu à peu, les forces se relevèrent ; les règles réapparurent en juillet, et furent ensuite régulières. La femme eut encore trois grossesses. Elles ne présentèrent rien d'anormal ; les accouchements offrirent ceci de particulier, que *chaque fois* après l'expulsion du délivre, qui se faisait régulièrement, il y eut *des hémorrhagies très intenses, dues à une atonie utérine.* Ces hémorrhagies ne s'étaient pas produites dans les accouchements antérieurs, et elles ont chaque fois mis les jours de la femme en danger. Elle vit encore, forte et bien portante.

Mais, le plus souvent, les complications des suites de couches prennent naissance dans les modifications imprimées à la tumeur elle-même. La compression, la déchirure de la poche fœtale, la rupture de ses adhérences pourront produire une inflammation du kyste ou de la séreuse abdominale. D'autre part, sans qu'aucune violence n'ait été exercée sur la tumeur pendant le travail, les conditions dans lesquelles se trouve la femme pendant la puerpéralité suffisent pour expliquer la production de l'inflammation que l'on peut observer du côté du kyste extra-utérin. En effet, après l'accouchement, au moment où l'utérus est revenu à un petit volume, le sang qui baignait ses larges vaisseaux est chassé hors de cet organe et va déterminer une pléthore générale ; il y aura réplétion des vaisseaux de la cavité abdominale, de même que cette réplétion existera dans les vaisseaux des autres parties du corps. En outre, l'expulsion d'une masse aussi volumineuse que celle formée par le fœtus, va créer dans la cavité abdominale une espèce de vide, qui va faire affluer une grande quantité de sang dans cette région. Sous l'influence de cette congestion, la moindre irritation, qui, en dehors de l'état puerpéral aurait peut-être été sans effet, aura

de grandes chances d'enflammer la poche fœtale, ou les parties voisines, et en particulier le péritoine.

Lorsque *l'inflammation* s'est emparée *du kyste*, ou plutôt des organes qui le limitent, le plus souvent la suppuration ne tarde pas à se produire. Il se forme un véritable abcès, qu'on a vu se vider soit à travers la paroi abdominale, soit dans le rectum, dans les voies génitales, soit enfin dans la cavité du péritoine. La voie d'élimination une fois créée, plusieurs modes de terminaison sont possibles.

Lorsque le contenu de la poche fœtale s'est déversé dans la cavité péritonéale, la mort par péritonite est la terminaison ordinaire. C'est ce qui est arrivé dans l'observation IX (Hennigsen) : le kyste, après s'être ouvert à travers la paroi abdominale, s'est rompu et a déterminé une péritonite mortelle. Il en a été à peu près de même dans l'observation XLIV (péritonite, communication du kyste avec le rectum). Le cas suivant présente une grande ressemblance avec les précédents.

Observation LI

Mort du fœtus extra-utérin au terme normal de la grossesse. Enkystement. Suppuration du kyste à la suite d'une grossesse postérieure. Simpson (*Edimb. med. Journ.* 1877, p. 645, résumée par Deschamps, *Th. Paris* 1880).

F. âgée de 39 ans. Deux mois après le début de la grossesse, symptômes d'une inflammation du petit bassin ; au terme, faux travail. La tumeur diminue de volume dans la suite. Rétablissement complet. Sept ans après, grossesse normale. A la suite d'une deuxième grossesse, elle meurt de péritonite et d'épuisement. On trouva dans un kyste fœtal un fœtus qui adhérait aux parois de toutes parts ; le kyste s'était ouvert par trois orifices dans l'intestin, et les matières fécales avaient pénétré dans sa cavité.

Lorsque l'élimination se fait par la paroi abdominale, le rectum, ou les parties génitales, les conditions sont moins

mauvaises. Après l'élimination du contenu du kyste, la suppuration peut se tarir, la fistule se fermer, et la femme être guérie. Voici plusieurs exemples de ce genre.

Observation LII

(Résumée.)

Au sujet d'une femme à laquelle on a tiré par le nombril un fœtus mort, qu'elle a porté 27 mois dans le ventre, et qui néanmoins a conçu de nouveau et a accouché naturellement, d'un enfant à terme, quatre mois avant l'extraction du premier, par M. Bochard (*Journal de médecine* 1756, t. V, p. 422.)

Une femme, enceinte de sept mois, ne sentit plus les mouvements fœtaux, à la suite d'une chute du haut d'un arbre, le 8 août 1754. Elle n'accoucha pas de cet enfant. Quatre mois après la chute, on trouvait dans l'abdomen une masse roulant de côté et d'autre. Peu de jours après, il survint un écoulement de sang par les voies génitales, avec expulsion de cheveux, de poils. Le ventre diminua considérablement après cet écoulement, et l'on sentait beaucoup moins le corps roulant dans l'abdomen.

Au mois de février 1755, elle redevint enceinte ; la grossesse fut heureuse, et elle accoucha, le 8 décembre, d'un enfant bien portant. Sa couche ne fut pas aussi heureuse que sa grossesse ; les lochies se supprimèrent, il survint des coliques, des tranchées. Ces symptômes la tourmentèrent jusqu'au 5 février 1756. Le 8 mars, les douleurs réapparurent ; il se forma près de l'ombilic une tumeur qui s'ouvrit spontanément et donna issue à du pus ; une autre tumeur, formée à côté de la précédente, fut ouverte par le chirurgien et donna également issue à beaucoup de pus. Quelques jours après, deux petits os furent expulsés par la plaie abdominale. Un chirurgien fit l'extraction des autres os du fœtus par l'ouverture qui existait près de l'ombilic. La femme se rétablit rapidement.

Observation LIII

Perfect (rapportée par Barnes, *Leçons sur les opérations obstétricales*, trad. Cordes, 1873, p. 251.)

Une femme de 28 ans avait eu déjà un enfant, et se voyait enceinte de nouveau ; à la fin de son neuvième mois, elle eut quelques douleurs qui cessèrent, et son ventre diminua ; une tumeur dure et indolore restait dans le côté droit. La menstruation se rétablit ; la femme conçut ; à la fin des neuf

mois, elle accoucha d'un enfant bien portant; la tumeur n'avait pas disparu. Cinq jours après, la malade eut une fièvre violente, de la diarrhée, de la douleur dans la tumeur, et des sueurs profuses et fétides. Après neuf semaines, la tumeur était manifestement fluctuante; on l'ouvrit; il en sortit beaucoup de matières fétides, et un fœtus de grosseur ordinaire, qui fut extrait par l'ouverture. On crut que le placenta s'était fondu en pus. La femme se remit et allaita son enfant.

Observation LIV

(Résumée.)

Grossesse extra-utérine, avec expulsion des parties du fœtus par l'anus après près de huit années, par le Dr Cohen, *de Posen* (*Gazette médicale de Paris, 26 sept.* 1835, p. 616.)

Femme de 38 ans. Deux accouchements antérieurs normaux. En novembre 1825, suppression des règles. Neuf mois après, réapparition des règles avec douleurs d'enfantement, sans expulsion de fœtus. La menstruation reprit son cours régulier; le sang, il est vrai, en était d'un rouge brun, visquéux, jusqu'au mois de novembre, où il reprit sa couleur et sa consistance naturelles. Il existait une tumeur dure, du volume d'une tête d'enfant, dans la cavité iliaque gauche, qui continua à être douloureuse.

Devenue veuve, elle se remaria en 1830, et devint de nouveau enceinte. La douleur du côté gauche n'avait pas disparu. La grossesse fut heureuse et se termina d'une manière régulière, par la naissance d'une petite fille, qui fut nourrie par sa mère. Le premier enfant était encore à la mamelle, qu'il se déclara une nouvelle grossesse, qui se termina, comme la précédente, sans aucun accident, par la naissance d'une fille.

Le surlendemain, à la suite d'un refroidissement, douleurs dans le bas-ventre, qui se tuméfia; selles diarrhéiques de matières grisâtres, et ténesme vésical. Puis douleurs lombaires, sensation de picotement à la partie supérieure du rectum. La faiblesse augmentait; amaigrissement, fièvre hectique. Cependant la malade se rétablit à peu près.

Au mois de mai 1883, réapparition des douleurs, fièvre hectique, excrétion de mucosité putride par le rectum. Fin septembre 1833, un petit os fut rendu par les selles; en novembre, nouvelle expulsion d'un os. Plusieurs autres os furent expulsés ou extraits. Le 15 mai 1834, on réussit à enlever des os du crâne, après les avoir brisés. A partir de cette époque, la malade n'a plus rendu d'os, et sa santé s'est parfaitement rétablie.

D'autres fois, la femme ne peut suffire aux efforts que fait la nature pour se débarrasser du corps étranger : elle meurt, soit épuisée par la suppuration, soit emportée par une infection putride, ou par la résorption purulente. Nous avons vu un exemple de pyohémie, dans l'observation IX. Voici deux autres cas de terminaison malheureuse après ouverture du kyste à l'extérieur.

Observation LV

(Résumée).

Terry (*Brit. med. Journ. 21 sept.* 1867,) résumée dans *Jahresbericht* 1867, page 591.

La femme est accouchée encore deux fois, malgré la présence du produit extra-utérin. La grossesse extra-utérine était la deuxième grossesse, et semblait avoir été normale, lorsqu'à la fin il s'écoula seulement un peu de sang, et le ventre commença à diminuer. Le troisième et le quatrième accouchement se firent à terme. La femme fut toujours bien portante; seulement, une fois entre les deux dernières couches, il y eut un écoulement de sang par le rectum, après que des douleurs se furent manifestées. Après le dernier accouchement, survinrent de la diarrhée et un écoulement fétide par les voies génitales, qui la conduisirent au tombeau. Au moment où l'auteur vit la malade, on ne pouvait songer à une opération à cause de son épuisement. Peu avant sa mort, une quantité d'os furent encore expulsés par le rectum.

Observation LVI

(Résumée).

Dr. Lamy (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, 1877, p. 27).

Deux grossesses antérieures, normales. A la fin du mois d'octobre 1871, dernières règles. Le 17 juin 1872, douleurs semblables à celles de l'accouchement, perte de sang. L'écoulement se transforme en un suintement peu abondant jusqu'au 30 juillet. Le ventre s'affaisse. Retour régulier des règles. Il s'établit une nouvelle grossesse (dernières règles fin février 1873). Au bout de neuf mois, accouchement normal d'un garçon bien portant.

A partir de ce moment, les menstrues ne furent plus aussi régulières, les lochies furent assez abondantes; et après chaque époque l'écoulement deve-

nait fétide, purulent. On dut faire des injections phéniquées. La malade s'affaiblit. A la fin de 1874, on constate des signes de tuberculisation aux sommets des poumons. En 1875, attaque d'apoplexie, avec perte de mouvement et de sensibilité du côté droit, perte de la parole, et enfin mort, une dizaine de jours après.

Dans les pertes qu'elle faisait plus ou moins régulièrement chaque mois, entre son dernier accouchement et sa mort, elle trouva à plusieurs reprises des cheveux, qu'elle me fit voir, et à deux fois différentes un petit os. Le toucher vaginal ne permettait d'arriver sur aucune partie saillante.

Un autre accident possible pendant les suites de couches est, comme nous l'avons vu, la *péritonite*. Nous laissons naturellement de côté celle qui se produit à la suite de l'ouverture du kyste fœtal dans la cavité du péritoine, et dont nous avons cité des exemples. Nous voulons parler de la péritonite spontanée, qui prend naissance sans inflammation préalable de la tumeur extra-utérine, comme le montre l'observation suivante.

Observation LVII

(Résumée.)

FABER (*Medicinisches corresp. Blatt des würtemberg. œrzt. Vereins* nº 39, 1855,) résumée *in Jahresbericht* 1855.

Une femme de 28 ans, qui était accouchée deux fois, se crut au deuxième mois de la grossesse, lorsqu'elle fut prise, le 23 août 1852, de douleurs thoraciques, stomacales et abdominales. En même temps, le pouls était à peine perceptible, la face pâle. L'examen du ventre montra l'utérus semblable à une boule arrondie, plus perceptible à gauche. On ne put trouver l'orifice de l'utérus. Une péritonite assez intense s'était établie ; au bout de quatre semaines, guérison. La menstruation revint, deux mois après le début de la maladie.

Le 30 janvier 1853, suppression des règles ; il y avait une grossesse, qui se termina au moment normal, par la naissance d'un gros garçon. Au bout de quinze jours, symptômes d'une inflammation du bas-ventre. La malade mourut environ trois semaines après.

L'autopsie montra dans l'abdomen un exsudat abondant. En écartant l'utérus, on vit un corps blanchâtre, jusque-la passé inapercu, du volume d'un

gros noyau de dattes, et semblant de structure cartilagineuse ; dans ce corps se trouvait une agglomération d'os. Ce corps se trouvait sur la partie droite et supérieure de la surface péritonéale de l'utérus. On s'expliquait maintenant le problème de la grossesse disparue subitement l'année précédente. Le fœtus de deux mois fut transporté, par un processus morbide, d'un organe quelconque sur la surface de l'utérus. A côté de ce fœtus, se trouvait une masse molle, rouge-brunâtre, de structure placentaire. Il n'y avait nulle part de cicatrice à l'ovaire droit, ni à la trompe droite ; mais ces organes étaient détruits à gauche. par la suppuration. Suivant Faber, le fœtus aurait eu son siège primitivement dans l'ovaire, ou dans la trompe gauche, jusqu'à ce que l'espace devint trop étroit pour lui ; alors se serait produite la déchirure de l'ovaire ou de la trompe, avec les symptômes rapportés plus haut. Après la déchirure, le fœtus aurait succombé.

Enfin, nous terminerons en relatant le cas de Jægerschmid, rapporté par Van Cauwenberghe (1), dans lequel on trouva l'existence d'un kyste fœtal chez une femme qui avait succombé aux suites d'une nouvelle grossesse.

---

(1) *Des gross. extra-utérines.* Bruxelles 1867, p. 238.

Pronostic des grossesses utérines compliquées de grossesse extra-utérine ancienne.

Sur les 52 observations de grossesses extra-utérines anciennes suivies de grossesses intra-utérines contenues dans notre travail, il n'y en a que 49 qui puissent servir à établir ce pronostic ; dans les 3 autres cas (Obs. XXXIX, XL et L), 'existence de la grossesse extra-utérine n'est pas absolument certaine.

Dans 9 observations (Obs. IX, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVII, XLIII, XLIV), il est fait mention d'avortements ou d'accouchements prématurés ; dans 3 d'entre elles (obs. IX, XLIII, XLIV), c'est l'accoucheur qui a provoqué le travail. Sur ces 9 femmes, 3 ont succombé à la suite de complications survenues pendant la puerpéralité ; ce sont précisément les femmes chez lesquelles le travail avait été provoqué artificiellement.

Dans les 40 autres observations, le sort de la mère est indiqué 30 fois : 24 femmes se sont rétablies après leur accouchement ; dans les 6 autres cas (Obs. XLII, LI, LV, LVI, LVII, LVIII), la mort de la mère a été la conséquence de la grossesse utérine.

Si nous examinons maintenant quel est le pronostic pour les enfants des grossesses utérines, nous voyons que dans les 49 observations, on relate en tout 83 grossesses, parmi lesquelles 13 se sont terminées par un avortement et 5 par un accouchement prématuré : or dans ces cas, les 18 enfants ont succombé.

Pour les 65 autres grossesses, le sort de l'enfant n'est indiqué que 31 fois : 29 sont nés vivants, 2 étaient morts au moment de leur naissance (Obs. XLI, XLV).

En somme, si nous ne tenons pas compte de l'époque à laquelle la grossesse s'est terminée, nous voyons que parmi les 39 femmes, il y en a 9 qui sont mortes des suites de la grossesse utérine; ce qui donne 1 mort sur 4,33.

Sur 49 enfants, 20 étaient morts à leur naissance, soit 1 mort sur 2,45.

Donc le pronostic est grave pour la mère et pour l'enfant, et nous croyons que Barnes (1) n'a rien exagéré en disant qu' « une femme affectée de grossesse extra-utérine doit être vivement engagée à ne pas s'exposer de nouveau à être enceinte. »

(1) *Traité des maladies des femmes*, trad. Cordes, 1876, p. 377.

TRAITEMENT

Nous examinerons successivement le traitement qu'il convient de suivre pendant la grossesse, pendant l'accouchement et pendant la puerpéralité.

A) PENDANT LA GROSSESSE

Nous distinguerons deux cas:

1e *La tumeur occupe l'excavation pelvienne.*

Si elle ne se laisse pas repousser au dessus du détroit supérieur, elle détermine, comme nous l'avons vu, un rétrécissement de la filière pelvienne, au même titre qu'une tumeur irréductible quelconque. Suivant le degré du rétrécissement, l'expulsion d'un fœtus à terme sera plus ou moins difficile. Mais si l'utérus entre en contraction avant le terme normal de la gestation, à un moment où le fœtus encore peu volumineux trouve la place nécessaire à son passage à travers la filière pelvienne, le kyste fœtal ne sera plus alors un obstacle mécanique, et le travail pourra se terminer sans grandes difficultés.

Ce fait ne devra pas être ignoré par l'accoucheur ; en effet, en provoquant le travail à une époque de la grossesse où le volume du fœtus permet encore son expulsion à travers les les voies naturelles, il pourra éviter des manœuvres plus ou moins dangereuses que l'accouchement à terme aurait nécessitées.

Il est vrai que si nous consultons les obervations réunies dans cette étude, les résultats obtenus par la provocation de l'avortement ou de l'accouchement prématué sont peu encourageants. On est intervenu chez trois femes, et toutes les trois ont succombé peu de temps après le travail ; dans un cas où on a provoqué l'accouchement préaturé, l'enfant a succombé comme dans les cas d'avortemen. Mais on ne doit pas, croyons-nous, se laisser décourager pr ces tristes résultats, d'autant plus que dans un cas (Obs XLV) la femme n'est morte qu'après la cinquième terminaion prématurée de la grossesse.

En outre, le nombre des observations et encore trop peu considérable, pour qu'on puisse en tirer de conclusions assez sûres au point de vue du traitement.

Si le kyste fœtal, au lieu d'être adhérat, *est mobile*, on pourra essayer, pendant la grossesse, de le epousser au-dessus du détroit supérieur, et s'il se maintien dans sa nouvelle situation, rester dans l'expectation aussi lagtemps qu'aucun trouble sérieux ne viendra compliquer la gossesse. Mais supposons qu'il ne reste pas réduit : il sera pudent d'agir, dans ce cas, comme s'il était fixé aux parois de l'excavation ; car il ne serait pas impossible que pendant la gossesse il contractât des adhérences, qui empêcheront sa réplsion au moment de l'accouchement.

2° La tumeur extra-utérine occupe la caité abdominale.

Si aucun accident ne se manifeste, convient-il de rester dans l'expectation ? Barnes, qui conseill d'appliquer aux grossesses utérines, compliquées de grosseses extra-utérines anciennes, le traitement qu'il prescrit à propos des tumeurs ovariques compliquant la grossesse, se motre partisan de la

provocation du travail avant le terme normal (1). « Convaincu, comme je le suis, dit-il, qu'une femme dont la grossesse est compliquée par une tumeur ovarique, est dans un danger imminent, que sa vie est menacée à chaque instant par quelque accident qui peut survenir assez soudainement pour ne pas laisser le temps d'agir, je suis très prononcé en faveur de l'élimination intentionnelle de la grossesse. J'ai agi suivant ce principe, en plusieurs occasions, et toujours avec succès. »

Nous ne pensons pas qu'on puisse entièrement assimiler le traitement des grossesses compliquées de tumeurs ovariques à celui des grossesses survenant pendant la durée de la rétention de kystes fœtaux. En effet, l'influence des tumeurs de l'ovaire sur la grossesse n'est pas la même que celle des kystes fœtaux. Les premières prennent souvent un développement très rapide sous l'influence de la gestation, et cette augmentation de volume entraîne fréquemment soit la rupture de la tumeur, soit une distension énorme de l'abdomen, avec leurs graves conséquences. De plus, la richesse vasculaire des tumeurs de l'ovaire les prédispose à l'inflammation. Il n'y a rien de semblable pour les kystes fœtaux. Ils n'ont aucune tendance à s'accroître ; à part l'avortement, les accidents des grossesses utérines compliquées de ces tumeurs sont peu fréquents. Aussi, croyons-nous qu'il sera prudent de ne pas intervenir, si aucun accident ne survient, et si l'accouchement semble ne pas devoir être gêné par le volume du kyste fœtal.

Le travail menace-t-il de se produire prématurément, on peut se demander s'il faut le laisser s'effectuer, ou tâcher de l'enrayer. En effet, notre statistique démontre que le résultat

(1) Barnes, *Traité des maladies des femmes*, trad. Cordes, p. 341.

a été plus heureux pour la mère, dans les cas où l'avortement ou l'accouchement prématuré se sont produits *spontanément*, que lorsque la grossesse est allée à terme. Mais il ne faut pas oublier que l'enfant naît le plus souvent vivant, lorsque le travail ne se déclare qu'au terme normal de la gestation, tandis que, d'après nos observations, il n'a jamais vécu après son expulsion prématurée. D'autre part, si la mortalité est plus grande pour la mère, lorsque la grossesse va à terme, que dans les cas où l'avortement se produit spontanément, cette léthalité n'est pas tellement considérable, pour que les intérêts de l'enfant ne soient pas pris en sérieuse considération.

Les complications survenant pendant la grossesse utérine, soit du côté de la respiration, soit du côté des systèmes circulatoire ou digestif, pourront nécessiter la provocation de l'avortement ou de l'accouchement prématuré, si elles compromettent fortement la vie de la mère, et si la cessation de la grossesse semble devoir mettre un terme aux accidents.

B) PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Nous avons vu que les difficultés de l'accouchement résultent des anomalies portant soit sur le canal pelvi-génital, soit sur la situation du fœtus, soit enfin sur les contractions utérines. Chacun de ces cas réclame un traitement spécial.

La tumeur occupe-t-elle l'excavation pelvienne ? Si elle est mobile, on cherchera à la repousser au-dessus du détroit supérieur, et on la maintiendra réduite jusqu'à ce que le fœtus se soit engagé dans l'excavation ; de cette façon, le kyste extra-utérin ne pourra plus déterminer une nouvelle obstruction du bassin, aussi longtemps que le fœtus intra-utérin n'aura pas été expulsé (Obs. XLIII).

Mais si des adhérences ont fixé la tumeur fœtale dans l'excavation, les tentatives de répulsion seront dangereuses et le plus souvent inutiles ; on se trouvera alors en présence d'un véritable rétrécissement du bassin. Que le rétrécissement soit déterminé par un vice de conformation du bassin osseux, ou par une tumeur dure fixée dans la cavité pelvienne, les conditions, au point de vue de l'accouchement, seront à peu près les mêmes, et les indications ne différeront pas sensiblement. Les raisons qui commandent l'emploi du forceps, de la version, de la céphalotripsie, ou de l'opération césarienne dans le premier cas, feront employer ces opérations, lorsque l'excavation sera plus ou moins obstruée par un kyste fœtal extra-utérin : le fait important, dans les deux cas, c'est le degré du rétrécissement.

Si l'on est obligé de pratiquer l'opération césarienne, on pourra peut-être utiliser l'ouverture de la cavité abdominale, pour en extraire également le fœtus extra-utérin. Dans d'autres cas, lorsque la section des parois de l'abdomen sera faite, il sera plus avantageux d'enlever d'abord la tumeur extra-utérine, si son ablation ne présente pas trop de difficultés; et, après avoir rendu à l'excavation sa largeur normale, on laissera la nature terminer seule l'accouchement. Barnes conseille ce procédé : « Dans ce cas (de gastrotomie), il faudrait, dit-il, extraire d'abord le fœtus extra-utérin, et n'ouvrir l'utérus que si le passage du fœtus utérin restait impossible. »

Si c'est du côté du vagin que la tumeur est surtout accessible, c'est par cette voie qu'on pourra en faire l'extraction. Parry (1) se demande à propos du succès obtenu par Gordon

---

(1) *Loc. cit.*, p. 270.

(Obs. VIII), au moyen de l'incision vaginale, « si cette opération ne doit pas être préférée à l'opération césarienne, dans les cas où le siège ou l'extrémité céphalique sont engagés dans le bassin, ou reposent sur le détroit supérieur. »

L'existence de la grossesse extra-utérine doit-elle faire préférer l'opération césarienne à la céphalotripsie, dans le cas où l'on hésiterait entre l'une ou l'autre de ces opérations ? En d'autres termes, est-il permis de sacrifier un enfant dans l'espoir de sauver la mère, dont la vie est continuellement menacée par les accidents qui peuvent à chaque instant se manifester du côté de la tumeur fœtale ? Cette considération ne doit pas, pensons-nous, faire préférer l'opération césarienne à l'embryotomie ; car la mère peut vivre de nombreuses années, malgré la rétention du kyste extra-utérin. Les exemples qui démontrent ce fait ne sont pas rares ; les plus remarquables sont rapportés par Kuchenmeister (1) (durée de la rétention du fœtus : 57 ans), par Sappey (2) (rétention du kyste pendant 56 ans), par Nebel (3) (durée : 54 ans), par Chiari (4) (rétention d'un lithopédion pendant 50 ans). Ce n'est que dans le cas où des phénomènes inflammatoires se produiraient du côté du kyste extra-utérin au moment de l'accouchement, que la présence de ce kyste pourrait faire préférer l'opération césarienne à l'embryotomie ; car la section abdominale permettrait alors d'extraire le fœtus intra-utérin vivant, en même temps que la tumeur extra-utérine, dont la présence plus longtemps prolongée serait un danger pour la

---

(1) *Arch. f. Gynæk.*, t. XVII, 1881, p. 168.

(2) Comptes-rendus de l'Acad. des sciences, 27 août 1883.

(3) Voir Obs. XI, p. 24.

(4) *Wiener med. Wochenschrift*, n° 42, 1876.

mère. La chirurgie antiseptique donne aujourd'hui des résultats qu'on n'aurait pas pu espérer autrefois.

Nous venons de voir comment il faut agir dans les cas où le kyste fœtal a déterminé une anomalie dans l'état du canal pelvi-génital ; disons maintenant un mot du traitement des anomalies portant sur la situation du fœtus et sur la contraction utérine.

S'il existe une présentation vicieuse du fœtus, et si l'excavation pelvienne n'est pas trop rétrécie, on fera la version ; lorsque le rétrécissement est trop considérable pour permettre la version, il sera indiqué de faire l'embryotomie proprement dite, ou l'opération césarienne.

La marche de l'accouchement est-elle troublée par une anomalie des contractions utérines, le traitement ne différera pas de celui qui est conseillé en général dans ces circonstances.

C) PENDANT LA PUERPÉRALITÉ

Nous ne nous arrêterons pas sur le traitement de l'hémorrhagie utérine, contre laquelle on employera les moyens qui sont indiqués dans les livres classiques.

Si le kyste fœtal s'enflamme, détermine une péritonite, comme ces accidents d'inflammation ne diffèrent pas de ceux qui se produisent si souvent, alors qu'aucune grossesse nouvelle ne vient compliquer la grossesse extra-utérine ancienne, le traitement applicable sera le même. Toutefois, si une intervention chirurgicale est indiquée, on devra tenir compte de l'influence défavorable que l'état puerpéral, ainsi que l'a montré le professeur Verneuil (1), exerce sur les résultats des

(1) *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 2 mai 1877. — *Ann. de Gynécologie*, sept. 1877, p. 229.

opérations. Il faudra examiner les différentes éventualités, et ne pas oublier que si la puerpéralité met la femme dans de mauvaises conditions au point de vue de l'intervention chirurgicale, le séjour de la tumeur fœtale dans la cavité abdominale peut, de son côté, entraîner de tristes conséquences, qu'une opération faite à temps aurait pu empêcher.

CONCLUSIONS

I. La grossesse extra-utérine ne met pas nécessairement obstacle à une nouvelle conception.

II. Les faits semblent indiquer que les grossesses extra-utérines s'observent plus fréquemment chez des femmes qui ont déjà eu une grossesse extra-utérine, que chez celles qui n'ont eu que des grossesses normales.

III. Lorsqu'une grossesse intra-utérine est compliquée d'une grossesse extra-utérine ancienne, elle peut suivre une marche régulière ; cependant, on a eu l'occasion d'observer des accidents graves du côté des systèmes respiratoire et digestif. Les avortements sont fréquents.

IV. L'accouchement, qui le plus souvent est normal, peut être troublé par des anomalies que le kyste fœtal extra-utérin est capable de produire : 1° dans le canal pelvi-génital, 2° dans la situation du fœtus, et 3° dans les contractions utérines.

V. L'inflammation du kyste et la péritonite ne sont pas très rares pendant la puerpéralité.

VI. La provocation de l'avortement ou de l'accouchement prématuré est indiquée, lorsqu'on prévoit que l'accouchement à terme exposerait la mère à de grands dangers, qui pourraient être évités si le travail se déclarait prématurément.

VII. Lorsque le kyste extra-utérin occupe l'excavation pelvienne et fait obstacle à l'accouchement, on pourra, si sa mobilité le permet, le repousser au-dessus du détroit supérieur ; si son refoulement est impossible, les indications seront les mêmes que celles qui existent pour les vices de conformation ou les obstructions du bassin occasionnant le même degré de rétrécissement.

VIII. On devra tenir compte, dans le traitement des accidents survenus pendant la puerpéralité, de l'influence défavorable qu'elle exerce sur les résultats des opérations chirurgicales.

Vu :
Le Président de la thèse,
Nancy, le 13 octobre 1883.
HERRGOTT.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 15 octobre 1883.
Le Recteur,
M. MOURIN.

TABLE DES MATIÈRES

QUESTIONS PROPOSÉES PAR LA FACULTÉ

1° Chimie. — De l'oxyde de carbone. — Recherches toxicologiques.

2° Physique. — Lois de l'écoulement des liquides dans les tuyaux.

3° Histoire naturelle médicale. — Classe des infusoires. — Structure de ces êtres. — Infusoires parasites de l'homme.

4° Anatomie. — Glandes salivaires.

5° Histologie. — Poumons.

6° Physiologie. — Innervation des glandes sudoripares.

7° Pathologie et Clinique externes. — Fracture de la rotule.

8° Pathologie et Clinique internes. — De la syphilis cérébrale.

9° Anatomie pathologique. — De la dégénérescence amyloïde.

10° Matière médicale et Thérapeutique. — De la médication globulique.

11° Médecine opératoire. — Résection du poignet. — Articulation radio-carpienne.

12° Accouchements. — Quelles sont les qualités d'un bon forceps ?

13° Hygiène. — Hygiène des tourneurs sur métaux.

14° Médecine légale. — De la mort subite pendant l'état puerpéral.